

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900. — N° 80

DE
L'HÉMI-MIMIE FACIALE
D'ORIGINE OTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 10 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges PAUTET

Aide de clinique des maladies de la gorge du nez et des oreilles à la Faculté de Lyon.

Né à Versailles le 22 février 1874



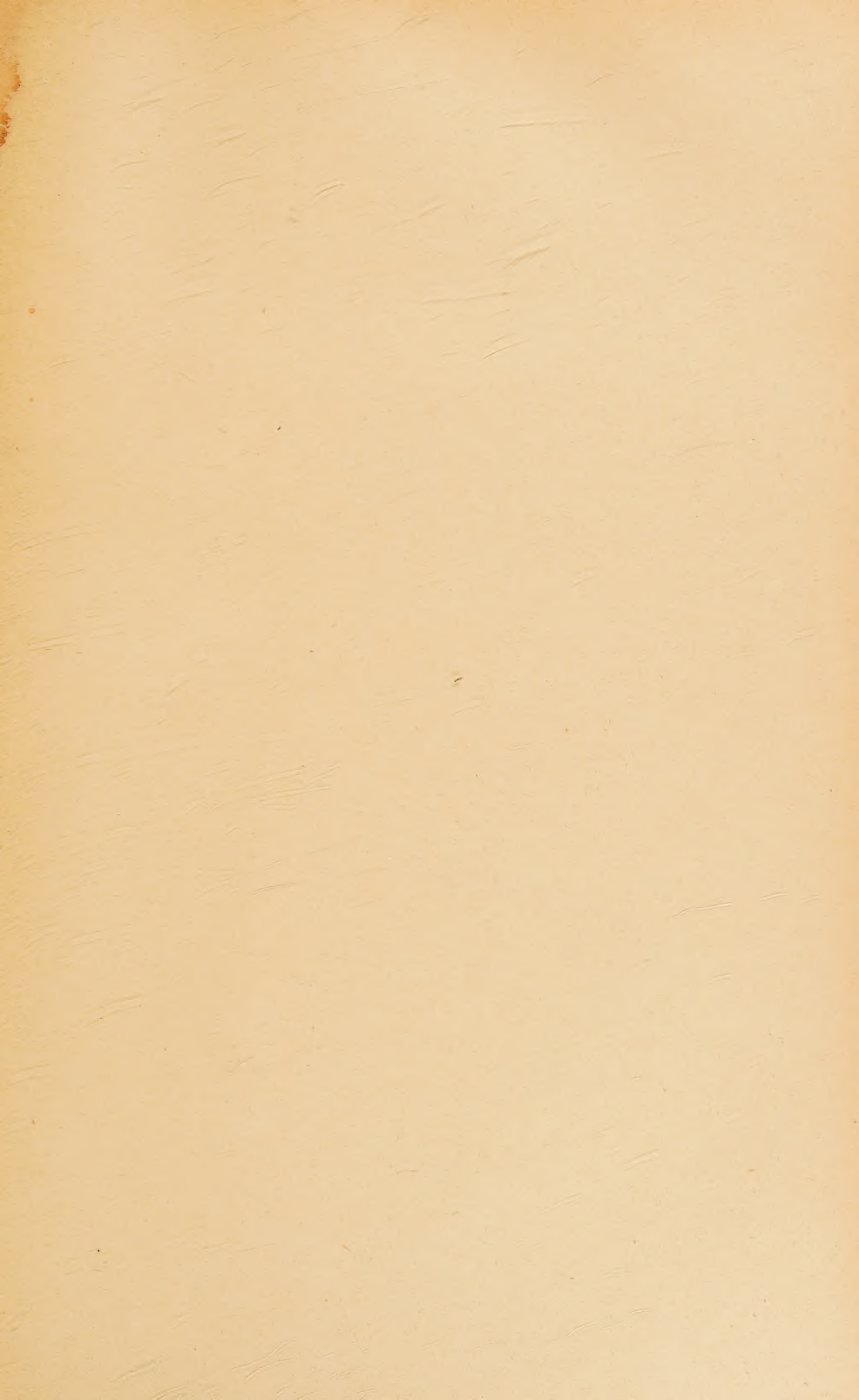
LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—

1900





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546723_0073

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900. — N° 80

DE
L'HÉMI-MIMIE FACIALE
D'ORIGINE OTIQUE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 10 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges PAUTET

Aide de clinique des maladies de la gorge du nez et des oreilles à la Faculté de Lyon.

Né à Versailles le 22 février 1874



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TESSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements	POLLOSSON (Aug.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	COURMONT	VALLAS	PAVIOT
ROUX	DEVIC	SIRAUD	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET	DURAND	BERARD
ROCHET	BOYER	DOYON	SAMBUC
ROLLET	BARRAL	PIC	BORDIER
CONDAMIN	MOREAU		

M. BEAUDUN, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, président; LANNOIS, assesseur; COLLET et BARRAL, agrégés

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

J'aurai voulu dédier cet ouvrage à M. le D^r Lannois mais puis-je, sans scrupule, lui offrir la primeur de ce sujet qu'il a fait sien depuis longtemps ?

Qu'il reçoive du moins l'assurance de ma profonde gratitude : pendant les trois années que j'ai passées auprès de lui, soit à la consultation des maladies de l'oreille soit dans son service de nerveux et d'épileptiques, M. le D^r Lannois ne m'a ménagé ni son temps ni sa peine et je peux à juste titre me glorifier d'un tel enseignement.

M. le professeur Soulier a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, je le prie de croire à mon profond respect.

*
* *

M. le professeur Pierret s'est intéressé vivement à ce travail ; outre les excellents conseils qu'il m'a prodigués, je lui dois quelques-uns des clichés qui ornent cet ouvrage ; je le prie d'agréer mes remerciements les plus sincères.

J'ai toujours trouvé un bienveillant accueil auprès de M. le professeur Poncet qui m'a encouragé dès le

début de mes études et qui mieux est, m'a ouvert les portes de son laboratoire: là MM. les D^{rs} L. Dor et Bérard se sont efforcés de me rendre l'étude histologique plus facile. Je suis heureux de leur adresser ainsi qu'à M. le professeur Rollet mes remerciements.

Je n'aurais garde d'oublier M. le professeur Laroyenne et MM. les D^{rs} Condamin et Replin qui nous ont facilité l'étude de la gynécologie.

Enfin j'exprime toute ma reconnaissance à M. le D^r Garel pour les conseils si sages et l'enseignement si pratique que j'en ai reçus.

INTRODUCTION

« L'étude de la physionomie, dit Esquirol, n'est pas un objet de futile curiosité » et bien qu'elle ait passionné de tout temps les savants et les artistes, on peut dire que c'est une science née d'hier. Que de choses à dire encore sur la mimique et sur les causes qui peuvent la modifier et la troubler !

Pour une pareille tâche il faudrait plusieurs volumes, aussi est-ce un petit côté de la question que nous essayons d'éclaircir.

Voici ce qu'écrivait M. le D^r Lannois, dans une lettre où il me recommandait à M. le professeur Pierret :

« M. Pautet qui doit faire sa thèse sur l'*Asymétrie de la mimique faciale d'origine otique*. Celle-ci est très fréquente et il serait bon de le faire savoir aux neurologistes et aux aliénistes, qui ne s'en doutent guère.
. Ce serait une bonne fortune pour M. Pautet si vous vouliez bien lui donner quelques conseils sur ce sujet dont vous vous êtes si particu-

lièrement occupé et l'autoriser à se servir de quelques-uns des termes si heureux que vous avez créés. »

Ces quelques mots du D^r Lannois résument la question tout entière.

Pareil sujet devait me plaire. J'ai fait de mon mieux et me souvenant de cette judicieuse remarque de Topffer : « Il y a bien plus de gens qui regardent que de gens qui lisent », je l'ai mise à profit.

Toutes les photographies des observations citées ont été prises par moi en instantané et avec le plus grand soin, de façon à enlever à mes modèles toute préoccupation nuisible au résultat cherché.

Bien que le procédé de reproduction rende imparfaitement les finesses des épreuves originales, les troubles de la mimique, l'hémi-mimie suivant le mot de M. le professeur Pierret, est encore bien visible sur les similigravures.

Suivant le conseil de Duchenne, de Boulogne, le lecteur fera bien de masquer, l'une après l'autre, chacune des moitiés latérales de la face : les différences deviendront alors bien plus frappantes.

PREMIÈRE PARTIE

L'ASYMÉTRIE FACIALE DANS LES MALADIES NERVEUSES

On sait avec quel soin tous ceux qui ont entrepris l'étude des maladies nerveuses comme des maladies mentales, se sont préoccupés de rechercher les signes de toute nature qui pourraient les mettre sur la voie du diagnostic.

Il était naturel que les médecins aient de tout temps porté leur attention sur ce qui s'offrait tout d'abord à leurs yeux : nous voulons parler de la face et de la physionomie.

Dans sa pratique ordinaire, en effet, le médecin interroge les organes, étudie les troubles de leur fonction, et se renseigne ordinairement auprès de l'entourage du malade, souvent auprès du malade lui-même. Mais en présence d'un aliéné ou même d'un simple nerveux il n'en est plus ainsi. Ceux-ci ne veulent pas être considérés comme malades et sont toujours sur leurs gardes.

A les entendre ils ne se sont jamais si bien portés : la langue est excellente, les digestions se font bien ;

depuis longtemps ils n'ont éprouvé autant de bien-être ; ils sont heureux de vivre !

Mais quel singulier contraste avec les hypocondriaques et les neurasthéniques de toute nature ! Il faut dans ce cas faire absolument la part de leurs maux imaginaires et interpréter, si faire se peut, leurs paroles, leur langage et leurs actes.

Heureusement le médecin n'est pas désarmé et si « nous ne connaissons que très imparfaitement l'état de l'organe malade, ainsi que les fonctions du cerveau ; si beaucoup de choses encore peuvent être dites sur *le siège de l'intelligence, du moi, des impulsions, des passions*, nous connaissons *un moi*, nous connaissons *des passions*. Dans les situations analogues il ne faut pas se borner à examiner l'état des fonctions physiologiques, mais il faut faire l'analyse des fonctions de l'intelligence, bien connaître l'expression physiognomonique des passions, et prendre pour guide les faits et l'homme vivant (1). »

Nous ne pouvons mieux faire, dans cette étude où la mimique est continuellement en cause, que de nous reporter à l'excellente thèse de Dupuis : *Essai sur les mimiques voulues*, faite sous la direction de Pierret.

Nous y voyons défiler dans un exposé historique des doctrines soutenues sur la physionomie, Aristote et après lui les médecins et les philosophes de la Grèce et de Rome : Galien, Théophraste et Pline l'ancien. Puis les médecins arabes, Rhazès, Avicenne, Averrhoés.

(1) GUIBLAIN. — *Leçons orales sur les Phrénopathies*, 1880.

Aux ^{xiii}^e et ^{xiv}^e siècles paraissent un nombre considérable d'ouvrages qui sous le couvert de la science mêlent d'une façon étrange l'astrologie et la physiologie. « Ce que l'on nomme alors métoposcopie ou physiognomonie est à l'étude de la mimique ce que l'astrologie est à l'astronomie, l'alchimie à la chimie, en un mot une fausse science souvent défendue par de vrais savants et toujours sous le patronage et l'autorité d'Aristote. *Le front étroit et petit*, semblable à celui d'un pourceau, dénote, avait dit le Maître, un homme indocile, malpropre et gourmand. »

Au ^{xvi}^e siècle les médecins ne jurent toujours que par Aristote et leur pronostic est toujours le même quant aux fronts petits et étroits. Tels sont Paracelse, Fuchs, Valesio, le Milanais Cardan, et le Napolitain J.-B. Porta. Ce dernier mérite cependant une place à part : en inventant la chambre noire, point de départ de la photographie, J.-B. Porta, sans s'en douter, fut plus utile à l'étude de la physionomie qu'en publiant son : *De humana physiognomia*, en 1588.

Le ^{xvii}^e siècle voit continuer les mêmes errements malgré la satire remarquable de Rabelais au siècle précédent contre « les astrologues géomanciens, métopomanciens et aultres de pareille farine ».

Au ^{xviii}^e siècle l'œuvre de J. Lavater intitulée : *Fragments physiognomoniques pour l'avancement et la connaissance de l'humanité* (1781), fit un bruit considérable. Mais bientôt une école de médecins s'efforça de lutter contre ces affirmations sans preuves.

Le Hollandais Camper fait connaître alors au monde savant : *Les Recherches sur l'angle facial, dans ses rapports avec l'intelligence du cerveau*. Ce fut lui qui ouvrit la voie à l'ethnologie et à la craniologie. Mais nous savons dans quel excès tombèrent plus tard Gall et ses partisans en créant la phrénologie.

Au xix^e siècle les savants sont enfin débarrassés des superstitions du moyen âge, et l'on voit paraître des ouvrages importants, de médecins tels que Ch. Bell : *Anatomie of Expression*; Moreau, les philosophes Bain et Herbert Spencer, Piderit : *l'Expression* (1859).

Duchenne de Boulogne fait époque avec son livre sur le *Mécanisme de la Physionomie humaine*. Nous aurons d'ailleurs fréquemment besoin de le citer à propos du rôle facial dans la mimique.

Depuis, ce sujet a été l'objet d'études approfondies de la part de Gratiolet, Piderit, Darwin, Mantegazza, et plus récemment Pierret, Brissaud, Mosso, Sikorsky.

On peut se rendre compte par ce rapide exposé que l'étude réellement scientifique de la mimique est une science née d'hier. Quant à celle des troubles qui peuvent modifier ou dissocier la physionomie, c'est à Pierret que nous en sommes redevables.

M. le professeur Pierret, en effet, dans ses leçons cliniques en 1887 et dans une présentation à la Société de Médecine datant de la même année, a le premier énoncé des lois régissant le fonctionnement de la mimique.

Nous nous permettrons de les transcrire ici :

« L'expression est en tout mouvement.

« Elle comprend :

« Des mouvements généraux du corps (attitude);

« Des mouvements partiels (gestes).

« L'étude des gestes de la face comprend la mimique faciale.

« Les paroles sont les gestes de la voix (Gratiolet) et peuvent être étudiées indépendamment des idées qu'elles expriment.

« Il faut renoncer aux idées de Lavater. Fonder un diagnostic d'état mental sur la forme du nez ou la saillie du menton, c'est marcher volontairement à l'erreur. Les études même de Darwin sont de peu d'utilité pour l'aliéniste. Elles amènent à ne voir dans l'homme que l'animal perfectionné. Or, les modalités délirantes de l'animal sont limitées, celles de l'être humain ne le sont pas.

« Le point de départ de l'étude analytique d'une physionomie doit être pris dans le triple schéma de Humbert de Superville :



« *a*, l'état de calme; *b*, l'état riant; *c*, l'état triste.

« Dans le premier cas, c'est l'état de repos. Les lignes sont horizontales. C'est le calme olympien qui souvent donne à la physionomie cet aspect morne si souvent observé dans les sculptures hiératiques. Un pas de plus, c'est la démence.

« *b*) Si toutes les lignes vont en s'abaissant, la figure semble s'allonger. C'est la prédominance de conceptions tristes : mélancolie, lypémanie, etc.

« *c*) Si les lignes sont obliques de dedans en dehors et de bas en haut, la figure s'épanouit. C'est le faciès des états expansifs, des folies gaies.

« Il faut partir de ce triple schéma pour apprécier une physionomie. On doit aussi repousser l'idée de Duchenne et ne pas croire qu'il y a un muscle du rire, un autre de la colère, etc. Cette conception peut servir au début des études d'un artiste pour lui faire apprendre à faire le morceau, mais elle l'amène trop souvent à créer des physionomies disloquées.

« Tout état mental prédominant entraîne un état particulier de contraction habituelle des muscles. Les leviers osseux, les replis cutanés et les lignes du visage se trouvent ainsi placés dans des positions particulières qui permettent de deviner le caractère général, la tournure ordinaire des idées d'un sujet. Chez l'homme sain d'esprit, leur recherche est assez souvent difficile en raison de l'éducation, du souci des convenances sociales qui engendre la dissimulation : figures et attitudes de circonstance.

« Chez l'aliéné tout à son délire, l'expression motrice est à peu près caractéristique de l'état mental. Cet état mental peut être tel qu'il exerce

une action inhibitoire sur toutes les opérations intellectuelles qui n'ont point de rapport avec lui. L'expression devient alors fixe (stupeur).

« Quand l'aliéné ou le sujet dont on veut étudier l'état mental est encore susceptible de réagir vis-à-vis des incitations étrangères, on doit étudier comment ses traits se modifient sous l'influence d'idées que l'on fait naître volontairement ou qui dérivent naturellement de circonstances accidentelles.

« Dans ce cas il faut se souvenir que chez l'homme, l'expression des états psychiques doit être :

CHEZ L'HOMME SAIN	ET DEVIENT CHEZ L'ALIÉNÉ
Rapide.	Lente . . .
Concordante.	Discordante (le rire par exemple au milieu de situations tristes, etc.).
Adéquate.	Excessive (excitation maniaque) ou insuffisante (démence, indifférence).
Homogène.	Dissociée. .
Persistante.	Fugitive (instabilité mentale).

« A l'aide de ces diverses données, un élève peut commencer à étudier une physionomie. Il sait au moins comment s'y prendre, l'attention, la patience et l'aptitude font le reste. »

A. PIERRET (Leçons professées à la Faculté de Lyon, mars 1887).

Nous aurons mainte occasion d'appliquer ces conseils et nous n'y faillirons pas.

Il serait superflu d'ajouter que cette question de la mimique intéresse au plus haut point physiologistes et médecins et si nous jetons les yeux sur les longues et délicates observations prises dans les services hospitaliers de nerveux, épileptiques ou déments, nous voyons que les moindres troubles de la mimique sont notés soigneusement en même temps que les autres vices de conformation du crâne et de la face.

Nous ne pouvons mieux faire que de placer sous les yeux du lecteur quelques fragments de ces observations prises au hasard dans différents services :

M. G..., épileptique. Asile du Perron.

.....
Stigmates de dégénérescence :

Pas de déformation du crâne, voûte normale, dents bien implantées.

L'implantation des cheveux est basse.

Pas d'asymétrie faciale au repos, mais il y a de l'asymétrie fonctionnelle.

Mouvements plus marqués à droite, commissure gauche s'ouvrant moins, mais seulement dans la parole et pas dans le rire.

.....
M^{me} J... Hôtel-Dieu.

Épilepsie.

.....
Pas d'asymétrie des os du crâne et de la face, cependant il semble que la joue droite soit plus petite que la gauche. En

tout cas lorsque la malade parle on observe une contraction plus forte de la joue gauche.

Pas de troubles de la sensibilité bien nets.

.....

Quelle signification doit-on donner à ces faits et quelle importance ont-ils aux yeux des neurologistes ? Telle est la question que nous nous proposons d'élucider tout à l'heure.

Mais avant d'aborder la question il est utile de définir l'asymétrie et d'indiquer les moyens de la mettre en évidence.

L'asymétrie faciale peut être osseuse ; dans ce cas elle est caractérisée par des signes extérieurs facilement reconnaissables et qu'on peut résumer ainsi :

Saillie frontale plus marquée d'un côté.

Saillie malaire.

Rotation de la face.

Abaissement ou soulèvement d'un des orbites.

Déformation de la voûte palatine.

On ne peut guère la confondre qu'avec l'asymétrie musculaire, « sorte de strabisme du visage », disait Lasègue. Mais comment faire le diagnostic ? Lasègue avait renoncé aux appareils de mensuration pour ne plus employer que la vue et le palper, deux moyens qui sont à la disposition de tous. « La mensuration précise, disait-il, nous échappe faute de procédés et de moyens graphiques propres à donner un simple schéma des degrés de l'asymétrie. »

Et en effet l'on est promptement convaincu de la nécessité d'une certaine expérience et d'une attention soutenue.

Il est une cause d'erreur assez grossière dont on s'aperçoit vite, mais que l'on peut facilement éviter : ce sont les ombres portées par une lumière arrivant plus ou moins obliquement sur la face du malade.

Donc, une première condition à remplir, c'est qu'il faut placer le sujet soumis à notre examen dans une position telle que chaque moitié de son visage soit également éclairée. Il est facile de se rendre compte qu'un côté plongé dans l'ombre paraît toujours plus fuyant, plus effacé.

Deuxième condition : Il est indispensable de se placer à une certaine distance du malade de façon à pouvoir embrasser d'un seul regard sa face tout entière.

Enfin, comme le recommande Garel (1), il est bon de n'enregistrer l'existence d'un signe que lorsqu'un autre observateur non prévenu trouve exactement la même lésion.

En joignant à ces moyens d'investigation le palper, il sera facile de faire le diagnostic de l'asymétrie osseuse et de celle des muscles de la face.

Tout autre est l'étude de l'asymétrie musculaire fonctionnelle ou hémi-mimie suivant l'expression si pittoresque du professeur Pierret.

Nous avons vu plus haut ce qu'était l'asymétrie mimique et quelles étaient les lois qui régissent le fonctionnement de l'expression.

Nous pouvons maintenant répondre à la question

(1) GAREL. — Sur le diagnostic de l'épilepsie, *Lyon médical*, janvier 1878.

que nous nous sommes posée : quelle importance les neurologistes attachent-ils à ce signe ? et par ce signe nous entendons parler uniquement de l'asymétrie mimique fonctionnelle ou héli-mimie.

Les neurologistes nous répondent eux-mêmes : l'asymétrie faciale est un signe de dégénérescence ; et ils n'ont pas seulement en vue l'asymétrie osseuse mais l'asymétrie fonctionnelle.

N'avons-nous pas vu d'ailleurs dans nos fragments d'observations ces signes décrits sous la rubrique stigmates de dégénérescence.

Et l'accord est certain parmi les auteurs, nous dirions presque unanime, n'étaient quelques restrictions du professeur Pierret pour qui l'héli-mimie est un signe d'hérédité ou de latéralisme et non un symptôme de dégénérescence.

Dans ses leçons cliniques de médecine mentale professées à la Salpêtrière en 1854, Falret disait : « L'état des mouvements chez les aliénés réclame une sérieuse attention *comme expression symptomatique des lésions cérébrales*, comme base du pronostic, comme source d'indications thérapeutiques.

« Les auteurs ont bien mentionné, au milieu de leurs descriptions, des faits de cette nature, mais ils les ont rapportés pêle-mêle avec les autres symptômes sans avoir eu la pensée de les rattacher à la *lésion des organes des mouvements*. »

Et plus loin, parlant des troubles de la motilité :

« Ils méritent cependant de devenir l'objet d'un système complet d'observation, depuis les *intonations*

diverses de la voix, le rire, le hoquet, l'éternuement, qui surviennent par accès, depuis le simple spasme à l'extérieur ou dans la profondeur des organes jusqu'à la chorée, à l'épilepsie et à la paralysie générale...

« *Les fonctions de la contractilité et de la myotilité* chez ces malades sont plus souvent et plus profondément troublées que ne le pensent les médecins spécialistes : aux exagérations, aux contrastes, aux oppositions de caractère, correspondent des expressions de la physionomie qui sont comme des saillies de l'homme intérieur. Outre les colorations rapides et diverses du visage, on observe *des mouvements convulsifs* dans les lèvres, les joues, les ailes du nez, les sourcils et les paupières *ou bien de bizarres contorsions de la figure qui est toute grimacée*. Le regard surtout, *par suite de l'irrégularité de l'innervation*, de la contraction et du relâchement des muscles de l'œil, est fréquemment troublé, égaré, vague... »

Et il insiste sur l'origine centrale de ces troubles « qui prouvent jusqu'à l'évidence que la folie n'est pas une simple perturbation morale ».

En quoi il avait parfaitement raison, et étant donné qu'à cette époque l'étude des maladies nerveuses et mentales sortait à peine du néant, nous aurions mauvaise grâce à lui reprocher ses affirmations excessives sur les troubles de la mimique.

Morel qui, avec sa sagacité habituelle, avait recherché l'importance pathogénique des malformations s'est appliqué surtout à voir s'il existait sur les parties molles de la face des déformations en rapport avec les infirmités mentales ;

Lorsqu'on parcourt les asiles, dit-il dans son traité des dégénérescences, on est étonné des nombreuses déféctuosités et irrégularités que présentent les têtes de certains malades. Ces anomalies dans la structure de la tête, tantôt petite et irrégulière, tantôt énorme et asymétrique, se reproduisent encore dans les traits du visage, dans la forme des oreilles, « *dans le défaut de coordination des mouvements musculaires* et lorsqu'on suit *la marche progressive des dégénérescences humaines*, dans les difformités corporelles, le rabougrissement de la taille, et autres lésions organiques ».

Ces anomalies de l'ordre physique existent, on le voit, d'une manière invariable (c'est toujours Morel qui parle) *parmi les individus appartenant à une variété malade*. On les retrouve même à des degrés plus ou moins frappants. Il appartient à l'anatomie comparée de constater ces lésions de l'organisme; elle les retrouve dans la vicieuse conformation du cerveau, dans le développement incomplet des divers systèmes de l'économie.

Ces lésions sont visibles et palpables, il est impossible de ne pas les faire remonter à leur origine.

Ainsi Morel fait nettement de l'asymétrie un signe de dégénérescence. Nous allons voir que Lasègue est encore plus explicite :

« Il arrive, dit le professeur Lasègue, que les parties molles du visage participent visiblement à la déformation des plans osseux, les muscles sont alors, comme chez les gibbeux, soumis à des tractions

inégales et la face ne se contracte plus également des deux côtés : tantôt un des sourcils s'abaisse, tantôt les lèvres se dévient et s'entr'ouvrent obliquement, tantôt les plicatures de la peau sont plus marquées dans une des moitiés du visage. Ces déformations accessoires ont peu d'intérêt, et souvent même appellent une autre interprétation. Les médecins qui ont pénétré profondément dans l'étude des prédispositions nerveuses savent *quelle importance prennent les anomalies des tissus mous de la face, lors même qu'elles ne s'expliquent pas par une conformation vicieuse des os* ; dues à un défaut de concordance des nerfs symétriques, elles témoignent d'un désordre qui peut préparer de plus graves lésions, mais elles n'ont que de lointains rapports avec l'épilepsie (1). »

Cette restriction touchant l'épilepsie, qui va amener Lasègue à conserver un seul signe comme supérieur à tous les autres, à savoir l'asymétrie crânienne, cette restriction disons-nous n'a rien qui diminue son opinion sur l'asymétrie faciale musculaire. Il partage entièrement, comme on l'a vu par cette citation, l'avis des médecins de son époque.

Est-ce à dire que l'opinion des neurologistes à cet égard ait changé depuis Lasègue ?

Pas que nous sachions.

Ch. Féré en 1890, dans son ouvrage *Épilepsie et Épileptiques*, signale en effet l'asymétrie mimique comme signe qui trahit la dégénération. « En

(1) LASÈGUE. — *De l'Épilepsie par malformation du crâne.*

l'absence de toute paralysie évidente des membres, la musculature de la face paraît moins développée du côté le plus petit, les plis sont moins marqués, notamment le pli naso-génien, et souvent le sujet rit de côté, c'est-à-dire que la commissure se trouve entraînée du côté où la face est plus développée. »

Mais, dira-t-on, avec raison d'ailleurs, cela n'a rien qui doive nous surprendre : l'asymétrie fonctionnelle des muscles répond à l'asymétrie des plans osseux sous-jacents.

Aussi n'aurions-nous pas fait cette citation si l'auteur n'ajoutait un peu plus loin ceci : « Mais ce n'est pas seulement le squelette du crâne et de la face qui présente fréquemment des anomalies chez les épileptiques : les déformations sont souvent caractérisées par des *troubles fonctionnels des muscles* qui peuvent être non seulement atrophiés ou paralysés, mais sont souvent atteints de *spasmes permanents*. »

D'autre part les conclusions de Ch. Féré sont formelles :

« Il est très important de rechercher l'existence de tous ces troubles permanents qui peuvent se rencontrer chez les épileptiques. Ils permettent quelquefois *d'établir l'origine congénitale ou héréditaire* de la maladie, d'évaluer en quelque sorte l'intensité de la prédisposition, et par conséquent constituent un élément de pronostic. »

Cet inventaire, cette sorte « d'état de lieux » doit être fait, dit-il en terminant, chez tous les malades avant de commencer le traitement et il est

particulièrement utile chez les enfants. « Les parents, qui ont beaucoup de peine à reconnaître qu'ils ont pu procréer un enfant imparfait, sont assez disposés à admettre que tel arrêt de développement est dû à l'absorption du bromure de potassium ou de la belladone, ou à telle ou telle autre intervention : il est plus sûr de leur présenter de suite le tableau complet de ce qui leur revient. »

M. Magnan qui s'est livré à de nombreuses et consciencieuses recherches sur les stigmates physiques et psychiques de dégénérescence établit ainsi la formule du dégénéré :

« *C'est un déséquilibré, un irrégulier, un asymétrique ; ces stigmates sont en plus transmissibles par la voie héréditaire.* » Le dégénéré est en effet un déséquilibré. La déséquilibration que l'on retrouve chez tous ces malades constitue la base de leur état mental. « Elle consiste, en somme, dit M. Magnan, dans une absence de synergie entre les différents centres dont la coopération s'adapte, en temps normal, à des objets déterminés. Plus de synergie, plus d'adaptations régulières, ou adaptations incomplètes, inefficaces et sans but (1). »

Toutefois suivant Magnan ces anomalies physiques, pour être qualifiées stigmates de dégénérescence, doivent présenter, entre autres conditions, leur apparition dès la naissance. Faisons simplement remarquer (2) en passant que cette appréciation n'est

(1) MAGNAN et LEGRAIN. — *Les Dégénérés*.

(2) Cf. CARRIER. — *Des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés*. Paris 1899.

pas toujours facile et d'autre part les paralysies faciales sur lesquelles nous allons avoir à insister plus loin peuvent être d'origine obstétricale, ou avoir débuté dès les premiers jours de la vie à la suite d'otite dont la pathogénie par inflammation du coussinet muqueux.

Enfin M. le professeur Pierret, ainsi qu'on a pu déjà s'en rendre compte dans son tableau comparatif de la physionomie chez l'homme sain et chez l'aliéné, montre que la mimique « d'homogène qu'elle était devient dissociée (paralysie ou spasmes partiels, simulation, hérédité) ». Que de distinctions déjà, dans cette parenthèse !

C'est qu'en effet l'étude de la mimique, aussi bien chez les fous que chez les gens sains, est une chose très complexe. Aussi ce sujet est-il cher au savant aliéniste lyonnais : ne fait-il pas étudier *Les Troubles de la mimique chez les paralytiques généraux* à Jourdin dans sa thèse inaugurale, 1895, et *Les Mimiques voulues* à Dupuis, thèse de Lyon 1897 ?

Mais il a soin de faire de nombreuses réserves : Pour que cette dissociation garde toute sa valeur, il faut qu'elle ne paraisse pas sur le visage en repos. La contraction musculaire anormale qui lui donne naissance ne doit apparaître qu'au moment où les sentiments, par un mécanisme qui nous est inconnu, mettent en jeu l'énergie psychomotrice accumulée dans les cellules nerveuses.

De plus on doit avoir soin de distinguer la dissociation d'expression de ce que l'on connaît sous

le nom de latéralisme. C'est ce qu'a fait le docteur Paret, interne à l'asile de Bron, dans sa thèse : *le Latéralisme chez les aliénés*, 1891.

« Il existe très fréquemment chez l'homme sain, et plus souvent encore peut-être chez les aliénés, ce que l'on appelle l'asymétrie faciale. Si l'on compare les deux moitiés latérales de la face, on constate que sur l'une l'expression est plus nette que sur l'autre : dans le sourire, par exemple, on voit que d'un côté la fente palpébrale est plus rétrécie, les sillons orbito-palpébral inférieur et jugo-nasal mieux marqués, la commissure labiale un peu plus élevée et tirée en dehors. Il existe ainsi une différence d'expression sensible surtout au niveau des yeux et de la bouche, ces deux grands centres mimiques du visage suivant l'expression de Mantegazza, mais cette différence, *due à l'inégalité d'action des deux cerveaux*, droit et gauche, ne détruit pas l'harmonie de l'ensemble : le même accord parfait, donné simultanément sur deux octaves différentes, mais avec une différence d'intensité notable, donnera néanmoins un nouvel accord parfait. »

Rien de plus juste que cette dernière observation mais nous nous permettrons de faire toutes réserves quant à l'origine de ce latéralisme.

Là est bien la question.

Mais l'essentiel, pour l'instant, était de montrer jusqu'à quel point les auteurs étaient d'accord sur l'origine héréditaire ou dégénérative de l'asymétrie faciale fonctionnelle.

Les uns n'envisagent la question que chez les fous, les autres chez les épileptiques, mais on avouera que la question est la même.

D'autre part un certain nombre d'auteurs considèrent l'asymétrie musculaire à l'état de repos aussi bien que pendant le mouvement, les autres étudient particulièrement l'asymétrie mimique.

A l'exception de Pierret, tous sont d'accord pour mettre l'asymétrie parmi les stigmates de dégénérescence. Mais en définitive tous reconnaissent l'origine centrale de l'hémi-mimie.

Une pareille proposition ainsi généralisée est au moins inexacte.

En effet, il semble qu'on ne tienne aucun compte des causes pourtant si nombreuses de l'hémi-mimie.

Il va sans dire que nous reconnaissons parfaitement l'origine centrale de la dissociation mimique chez les paralytiques généraux. Chez ces malades en effet les lésions macroscopiques sont si faciles à constater qu'on ne saurait les laisser passer inaperçues. Mais chez la grande majorité des malades atteints d'affections nerveuses, il n'en est pas de même, et nous demanderons sur quelle lésion on affirme l'origine centrale de l'hémi-mimie ? On a objecté le latéralisme : Mais pourquoi, si normalement les hémisphères sont inégaux, pourquoi toutes les personnes ne sont-elles pas toutes asymétriques ? C'est que, me répondra-t-on, l'un des hémisphères plus volumineux que l'autre, par suite d'hérédité dans le sens du bien, aura dépassé la mesure.

Le mot est joli, mais il n'est qu'une affirmation dont nous ne nous déclarons pas satisfaits.

A notre avis il est une cause très fréquente d'hémimimie qui, parce qu'elle passe souvent inaperçue, est par trop négligée. Nous voulons parler de la paralysie faciale dite périphérique.

Mais, objectera-t-on, la paralysie faciale ne peut donner que de l'asymétrie véritable, visible à l'état de repos, ou si quelquefois elle n'est visible que pendant la mimique, il est facile de la dépister par l'intensité même des dissociations mimiques qu'elle entraîne?

Cela est vrai, mais nous ne voulons parler que des paralysies anciennes, atténuées, nous dirions volontiers virtuelles, n'ayant donné et laissé aucune parésie, aucune trace visible autrement que dans la mimique.

Il est donc utile, indispensable même, de rappeler quel est le rôle du facial dans l'innervation des muscles du visage, et ce qu'il advient dans la paralysie de la septième paire.

DEUXIÈME PARTIE

ROLE DU FACIAL DANS LA MIMIQUE

La paralysie faciale ou hémiplégie faciale a été connue et étudiée du jour où la médecine parut. Les médecins de l'antiquité, bons observateurs à défaut d'autres qualités, ne pouvaient l'ignorer. Connue de Gallien et d'Hippocrate, elle est décrite dans la traduction latine de Rhazès.

Puis les progrès de la médecine aux ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècle la font mieux connaître : elle est en effet signalée dans tous les ouvrages médicaux de cette époque.

Mais il faut attendre les recherches de Bell sur les fonctions du facial (1821) pour en avoir une description vraiment scientifique.

Depuis, en même temps que les recherches anatomiques sur le système nerveux deviennent plus précises, les travaux abondent. La bibliographie sur ce sujet est des plus vastes, et nous n'en finissons plus s'il nous fallait commenter ici seulement les plus importants de ces ouvrages.

Nous renvoyons le lecteur à la fin de cet ouvrage : il sera surpris, comme nous sans doute, du nombre des articles parus sur ce sujet.

Nous n'aurions garde toutefois de laisser sous silence le nom de Duchenne, de Boulogne, qui armé d'un courant électrique fit le premier mouvoir à sa fantaisie les muscles de la face, et démontra ainsi, mieux que ne pourrait le faire le meilleur anatomo-physiologiste, le rôle du facial sur la physionomie humaine.

Nous arrêterons donc là cet aperçu historique de la question ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de citer au fur et à mesure de nos besoins les articles plus modernes.

La paralysie faciale siège sur les points où le nerf de la septième paire se distribue : nous suivrons donc l'exemple de Duchenne, de Boulogne, et c'est pour ainsi dire le courant à la main que nous allons décrire l'hémiplégie faciale en nous aidant, pour plus de commodité, de la préparation anatomique du facial que nous reproduisons ici et que nous devons à l'habileté de notre ami M. Patel, prosecteur à la Faculté, grâce à l'obligeance de M. le professeur Testut. L'on se reportera également avec fruit aux dessins de Henlé que nous reproduisons.

De cette façon, en même temps que la paralysie, nous verrons quelle est l'action du facial sur chaque muscle en particulier sans avoir besoin de faire une étude spéciale sur les muscles peauciers.

Une des premières divisions du nerf facial se rend aux *muscles du pavillon de l'oreille*, de sorte que

dans la paralysie le mouvement est perdu : cela n'est guère visible chez l'homme qui n'a conservé que des muscles bien rudimentaires de ce côté, effet de ce grand principe d'hérédité : la fonction fait l'organe.



Berger, de Breslau, a signalé cependant un malade chez qui les mouvements disparurent pendant toute la durée de la paralysie dont il était atteint et qui jouissait auparavant de la faculté de mouvoir ses oreilles.

Peut-être était-ce un signe de dégénérescence et un retour à des dispositions ancestrales.

Mais chez un grand nombre d'animaux les mouvements des oreilles constituent un mouvement expressif d'une grande valeur. De légers déplacements suffisent souvent pour accuser de la manière la plus évidente des états d'esprit différents ainsi qu'on l'observe journellement chez le chien.

Ceci nous amène à signaler en passant des expériences intéressantes que suivant le conseil de M. Pierret nous avons pu entreprendre chez de jeunes chiens. Qu'ils nous suffise de dire ici que la section du facial faite sur l'un de ces animaux entraînait l'abolition des mouvements du pavillon du côté où avait porté l'opération.

Un deuxième ordre de rameaux se dirige vers l'*occipito-frontal* et abandonne quelques filets nerveux au muscle *sourcilier*.

Comme nous le verrons dans une partie de nos observations, les rides transversales ne se forment plus sur une moitié du front et quelquefois même il y a une ligne de séparation bien distincte qui sépare le visage en deux moitiés dont l'expression est totalement différente.

Il est à noter que chez les jeunes enfants on observe rarement ce signe : à cet âge en effet les rides frontales sont peu accusées, comme d'ailleurs tous les autres plis du visage. Et cependant l'on sait combien est expressive la mimique chez les enfants dont elle traduit les moindres états d'esprit !

Il est bon de se reporter à ce que dit sur ce sujet Darwin dans *L'Expression des émotions*.

Quant au muscle sourcilier il ne se rapproche plus

de celui du côté opposé et dans ce cas ni la réflexion ni l'attention ne trouvent de mouvements pour se manifester. Mais le froncement des sourcils n'exprime pas seulement la réflexion ou l'attention, quelque profondes ou soutenues qu'elles soient, il exprime surtout la douleur. Et si les deux états de l'âme, réflexion ou attention, empruntent ce mouvement à la douleur c'est qu'il est rare qu'une méditation profonde puisse durer longtemps sans quelque



L'orbiculaire des paupières, d'après HENLÉ.

difficulté. C'est pourquoi, remarque Ch. Bell, ce froncement donne d'habitude à la physionomie une expression d'énergie intellectuelle.

Chez les aveugles nés ou chez les individus devenus aveugles de bonne heure l'activité mimique

des muscles palpébraux, du sourcilier et du frontal est supprimée ; au contraire, chez les sourds-muets la partie inférieure de la face étant apathique le jeu du palpébral apparaît distinctement.

Plus loin le *muscle orbiculaire des paupières* reçoit une série de filets radiés dans la partie externe de sa circonférence. Ici les conséquences de l'immobilité sont assez importantes : l'équilibre entre le muscle orbiculaire des paupières et l'élévateur de la paupière supérieure étant rompu, l'occlusion des paupières devient impossible. La supérieure ne s'abaisse plus et l'inférieure tombe légèrement, renversée en dehors.

On sait quelle difficulté les hémiplegiques éprouvent à fermer leurs paupières ; ils arrivent cependant à produire un petit mouvement qui resserre un peu leur contour. Au contraire lorsqu'on leur dit d'ouvrir grandement les yeux, comme dans l'attention forcée, il y en a toujours un moins ouvert : c'est celui du côté paralysé. Examinez de près notre chemineau. Bien que chez lui il n'y ait que de la parésie, ce phénomène est bien visible.

Pour ce qui est des actes secondaires, tels que les pleurs ou le clignement, ils sont impossibles.

Chez un malade atteint de paralysie faciale, la difficulté est grande de regarder en face une lumière tant soit peu vive : l'œil cherche aussitôt à s'abriter par ses propres muscles (le muscle grand oblique) sous la voûte orbitaire.

Quelquefois l'œil mal protégé s'irrite, se sèche, la conjonctive rougit, l'opacité de la cornée s'ensuit

quoique rarement. Les larmes tombent sur la joue. Mais dans ce cas l'orbiculaire n'est pas seul en cause. Il faut tenir compte de l'écartement des points lacrymaux qui ne sont plus disposés pour recueillir les larmes ; écartement dû à la paralysie du *muscle de Horner*, et visible par la déformation de l'angle interne de l'œil qui est aigu au lieu d'arrondi. Ce fait est encore visible dans notre tête d'étude.

Après l'orbiculaire des paupières et le muscle de Horner le facial envoie des filets moteurs aux *muscles du nez*, c'est-à-dire *l'élèveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le transverse, le myrtiliforme et le pyramidal*.

Du côté malade la narine devient immobile dans les mouvements respiratoires et rend quelquefois ceux-ci difficiles. Ch. Bell rapporte qu'un matelot atteint de paralysie faciale droite ne pouvait se coucher du côté droit sans être obligé de tenir sa narine ouverte avec ses doigts de manière à pouvoir respirer librement.

En même temps la peau ne se ride plus sur une moitié du nez et le bout de celui-ci est entraîné du côté sain. Toutefois cela est peu visible et ne se rencontre guère que dans des cas très accentués de paralysie.

Quant aux muscles pyramidal et transverse qui sont les muscles de l'agression et de la lubricité, leur paralysie n'entraîne rien de bien particulier.

Il nous était difficile de faire mieux que les expériences si bien ordonnées et si concluantes de Duchenne sur l'expression de ces deux muscles.

Nous ferons seulement remarquer que ces muscles ou tout au moins le premier d'entre eux présentaient un développement remarquable chez Jean Th. Ce n'est pas que nous concevions des doutes sur l'honnêteté de ce pauvre vieux chemineau : mais il est certain que l'habitude des rebuffades donnait à son visage un air agressif et chagrin à la fois.

Étudions maintenant l'effet de l'hémiplégie faciale sur les muscles orbiculaires des lèvres qui reçoivent aussi leur motricité du facial : ici, quel que soit l'acte auquel les lèvres doivent prendre part, tout mouvement d'une de leurs moitiés devient impossible.

Cela offre pour nous une grande importance, car grâce à ces connaissances on peut déceler facilement des vestiges de paralysie.

La prononciation des voyelles, celle de l'*o* et de l'*u* principalement qui exige l'active intervention des lèvres, devient très difficile ou s'accompagne de différences telles entre les deux côtés de la bouche qu'il est difficile de les laisser passer inaperçues.

Les consonnes labiales comme le *b* et le *p* sont mal articulées.

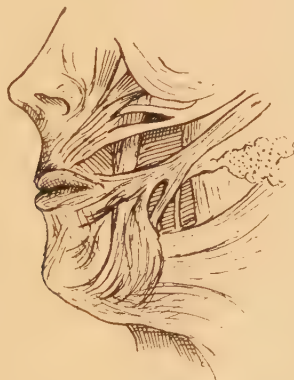
L'acte de siffler est impossible. En effet les lèvres ne peuvent plus se contracter que d'un côté. Du côté opposé le sujet ne peut que gonfler sa joue. C'est ce que nous présente une des photographies de l'observation 4.

Enfin le malade a de la peine à lancer au dehors sa salive lorsqu'il veut cracher. La salive, les aliments même, s'échappent par un côté des lèvres.

Lorsque le sujet veut boire à une fontaine, par

exemple, s'il n'a soin de pencher la tête du côté sain, l'eau s'écoule au dehors sans qu'il puisse en boire une goutte. Le jeune R... qui présentait de simples vestiges d'une paralysie faciale dont il ne se souvenait même pas, nous dit qu'il lui était difficile de boire au robinet du côté de son hémiparésie fonctionnelle.

Abordons maintenant l'état de la joue dans la paralysie de la septième paire. Les muscles de cette région, *grand zygomatique*, *petit zygomatique* et *buccinateur* reçoivent des filets du facial. Aussi dans la paralysie de ce tronc la joue est-elle flasque.



D'après SANTORINI : Grand zygomatique. — Petit zygomatique. — Triangulaire des lèvres. — Elévateur commun de la lèvre supérieure et du nez.

Elle s'enfle au moment de l'expiration et surtout lorsque le malade veut prononcer un mot avec emphase. Nous en avons déjà parlé à propos du sifflement et comme le fait observer Ch. Bell, « le

courant d'air détermine dans la joue et les lèvres un mouvement analogue à celui qu'on observe chez les individus qui fument ». Dans d'autres cas, ajoute-t-il, on a vu la joue battre contre les dents à peu près comme une jalousie devant une fenêtre ouverte.

Après avoir étudié séparément l'état de chaque région de la face dans l'hémi-paralysie, nous allons nous occuper de l'aspect général de la physionomie.

Car bien que Duchenne de Boulogne ait assigné à chaque muscle une expression qui lui est propre, nous croyons, avec Darwin, Mantegazza et Pierret, que les muscles ne changent l'expression du visage qu'associés à certains autres. Il est vrai que Duchenne lui-même avait fait une classification des muscles de la face en muscles complètement expressifs et en muscles expressifs complémentaires.

C'est pourquoi il nous semble logique de faire un examen d'ensemble de la face et d'y décrire certaines expressions qu'il nous aurait été difficile de faire entrer dans le domaine de tel ou tel muscle plutôt que dans tel ou tel autre.

Quel est tout d'abord l'aspect de la face dans l'état de repos chez une personne atteinte de paralysie ?

Bien que les muscles du côté sain ne soient pas en état de contraction volontaire il y a cependant asymétrie et les traits sont tirés vers le côté sain.

« La commissure labiale du côté paralysé est plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain. La bouche est oblique et sa partie moyenne ne correspond plus à l'axe du corps. Si

dans cet état, nous dit Ch. Bell, le malade vient à parler la difformité augmente. »

Au premier abord on comprend malaisément comment dans l'état de repos des muscles de la face il y ait cependant de l'asymétrie : c'est là que l'on doit se rappeler que les muscles, alors même qu'ils ne sont pas en état de contraction, conservent normalement une force spéciale, la *tonicité musculaire*, qui est sous la dépendance du système nerveux.

Dans le cas pathologique qui nous intéresse, cette communication des muscles et des centres est interrompue du côté malade, alors qu'elle subsiste du côté sain. Telle est la cause de l'asymétrie à l'état de repos du visage.

En même temps il semble que les deux moitiés de la face soient placées sur des plans différents ; la moitié paralysée est située plus en avant de l'autre qui paraît au contraire ridée et comme rabougrie.

Toute expression faciale est anéantie du côté paralysé et cette difformité s'exagère encore si le sujet vient à rire, de sorte qu'une moitié de la face contraste d'une manière ridicule avec le côté opposé.

Aussi le rire provoqué était-il employé systématiquement par Trousseau pour déceler les paralysies peu accentuées.

Nous n'avons pas voulu nous étendre sur le mécanisme du rire qui a été mis en évidence par Duchenne de Boulogne, et mieux encore par Raulin qui fit paraître tout récemment un ouvrage remarquable sur *Le Rire et les Exhilarants*. J'adresse ici

mes sincères remerciements au Dr Raulin qui a bien voulu mettre à ma disposition plusieurs clichés.

Nous noterons cependant les rectifications apportées par Mantegazza, Brissaud et Pierret aux idées de Duchenne sur l'action du grand zygomatique dans le rire.

Quoi qu'il en soit, il résulte, du fait de la paralysie de la septième paire, une dissociation expressive qui a été étudiée expérimentalement par Duchenne et reprise depuis par Paret dans son étude sur le latéralisme: « Généralement la dissociation expressive s'accroît et devient très nette lorsque l'aliéné veut manifester une émotion, tristesse ou joie, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'un grand nombre d'individus sains prennent l'habitude de ne sourire qu'avec une moitié de la face et il est probable que ce demi-sourire se fait du côté où les muscles ont le plus de tonicité (1). »

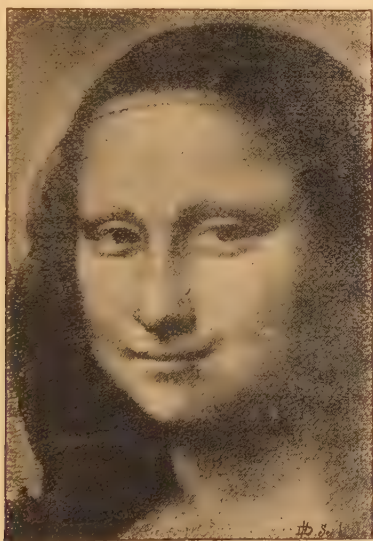
Mais il ne faut pas confondre ce latéralisme pour ainsi dire pathologique avec ce que nous appellerons par opposition le latéralisme expressif voulu. Ce dernier est dû en effet à la réunion de deux sentiments contraires qui entraînent la contraction simultanée de deux muscles opposés. On en a un exemple frappant dans le sourire mélancolique, dans le rire jaune. Rappelons aussi le rire sardonique, qui accompagne, non l'éruption de la colère, mais quelques-unes de ses formes mitigées et exprime la joie de voir souffrir (2) ; il en est de même dans le

(1) PARET. — *Le Latéralisme chez les aliénés.*

(2) RIBOT. — *Psych. des Sentiments.*

sourire unilatéral. Il y a alors contraction peu franche du *risorius* de Santorini et du grand zygomatique d'où faible déviation, en haut et en dehors, de la commissure des lèvres ; il s'y joint une légère contraction du petit zygomatique, le muscle du pleurer d'après Duchenne.

Ces sentiments opposés peuvent s'associer, mais à condition d'être modérés, autrement la face devient grimaçante : il se produit bien une légère dissonance, mais ne voyons-nous pas les compositeurs modernes ériger en principe que les dissonances ne sont pas fautes contre l'harmonie ?



Tel est le sourire étrange de la Joconde de Léonard de Vinci. Énigmatique en sa complexité l'expression de la Joconde a excité au plus haut point la perspicacité des artistes.

D'après M. le professeur Pierret, c'est avec intention que le maître florentin a dessiné ce modelé de la bouche peu en rapport avec le sourire : la Joconde est une moqueuse, elle tient à le faire voir, et c'est avec intention qu'elle a donné à la moitié gauche de son visage l'expression de la moquerie. C'est donc une expression voulue que Léonard de Vinci a cherché et réussi à peindre.



On en pourrait trouver d'analogues dans certaines Éves d'un remarquable peintre moderne, Lévy Dhurmer, dont l'inspiration, pour personnelle qu'elle soit devenue et bien que tempérée d'une

grâce luinesque (1), remonte nettement au grand Léonard. Jean Carriès a érigé en principe cette idée de Léonard : il procède volontiers par asymétries mimiques qui donnent à ses figures leur cachet puissant et original. Le masque de narquois de Dussart présente la même particularité (2).

Nous en retrouvons d'ailleurs des exemples assez fréquents dans l'histoire de l'art.



Dans l'œuvre artistique de Jean Guillermin, connue à Lyon sous le nom de Christ de buis, on observe de la dissociation dans l'expression de la

(1) GUSTAVE SOULIER. — *Art et décoration*.

(2) Cf. DUPUIS, *loc. cit.*

physionomie. « L'œil gauche s'éteint et se meurt, l'œil droit et toute la face du même côté sont déjà dans la béatitude du ciel. »

Nommons dans l'histoire de la caricature, les vignettes de Gillot, les fameuses ressemblances entre l'homme et les animaux par Grandville. Citons



aussi les caricatures de Boilly dont nous reproduisons la *Consultation de médecins en 1760* ; le médecin qui se trouve en bas et à gauche nous intéresse particulièrement : il écoute attentivement avec la moitié gauche de son visage celui qui pérore, et se

moque de lui avec la moitié droite que l'autre ne peut voir (1).

Mais ne nous laissons pas entraîner dans des considérations qui bien qu'intéressantes n'ont que de lointains rapports avec la médecine, et revenons à la paralysie faciale.

Sans nous attarder sur la déviation de la luette, signalons que des recherches récentes lui assignent un centre d'innervation tout différent de celui du facial. Aussi bien lorsque nous trouverons ce signe, aurons-nous des raisons de rattacher la paralysie à une lésion d'origine centrale. Il en est de même de la déviation de la langue, que l'on voit quelquefois entraînée du même côté que les autres parties de la face. Le plus souvent cela est dû à la paralysie du génio-glosse. Et dans ce cas la lésion est centrale et porte sur deux noyaux différents.

Quant aux organes des sens ils subissent des troubles particuliers que nous ne pouvons passer sous silence.

Nous avons déjà signalé les troubles de la vision dus à la répartition inégale de la sécrétion lacrymale et à l'absence de clignement de la paupière.

L'acte de flairer devient impossible par la paralysie des muscles du nez; il en résulte une diminution très notable de l'odorat. Ch. Bell dit avoir fait respirer de l'ammoniaque sans que le côté paralysé en fût impressionné. Longet n'a jamais vu

(1) Ce cliché, ainsi que celui de la Joconde et du masque narquois de Dussart, nous a été prêté très obligeamment par M. le professeur Pierret,

les malades, leur narine saine et leurs yeux étant fermés, pouvoir reconnaître l'odeur du tabac, du musc et du camphre malgré des aspirations réitérées et profondes. Cependant l'éternuement qui se produisait quelquefois montre que la muqueuse pituitaire peut conserver sa sensibilité générale.

Le goût est fréquemment altéré d'un côté de la langue ; quelquefois au dire des malades les aliments ont une saveur métallique, salée ou acide. Dans d'autres cas, différentes substances comme le sel, l'acide citrique, l'aloès, ne procurent de sensations gustatives qu'au bout d'un temps assez long.

Cette altération du goût est limitée aux deux tiers de la langue et depuis Claude Bernard on sait qu'elle est due à l'inertie de la corde du tympan. Aussi cette altération ne se produit pas lorsque la paralysie, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, atteint le facial au-dessous de cette branche. « La corde du tympan amenant l'érection des papilles linguales, si cette action se trouve supprimée, la fonction gustative n'est pas abolie, mais elle est considérablement ralentie, elle se trouve alors réduite à une sorte d'inhibition passive. » (Cl. Bernard.)

Enfin on observe dans les muscles paralysés des modifications de la contractilité qui varient suivant la période où l'on examine le malade, et suivant l'intensité de la paralysie.

La durée de la paralysie est très variable : la guérison s'obtient rarement avant trois ou quatre semaines. Dans les cas intenses la paralysie peut persister plusieurs mois, plusieurs années ou être

remplacée par une contracture des muscles de la face. Celle-ci a été bien étudiée par Duchenne : dans certains cas cette contracture est peu marquée et la déformation des traits est à peine appréciable. Dans d'autres on observe pendant le repos musculaire de véritables difformités où l'on retrouve l'action expressive des muscles atteints ; ainsi « le petit zygomatique arrondit en la creusant la ligne naso-labiale et donne une expression chagrine ; le grand zygomatique élève la commissure labiale et donne une expression de gaieté ; le carré des lèvres renverse ou abaisse la lèvre inférieure, l'orbiculaire palpébral diminue l'ouverture des paupières, enfin la face est comme crispée par le froid, sous l'influence de la contracture de tous les muscles. »

Cette étude de la paralysie faciale pourra paraître incomplète aux uns, trop longue aux autres. Mais notre but était surtout de mettre en lumière certains points très importants qui pourront tout au moins nous servir à réfuter comme par avance certaines objections qu'on n'aurait pas manqué de nous faire. On ne saurait nous en vouloir.

TROISIÈME PARTIE

a) DIVERSES CAUSES D'ALTÉRATION DE LA MIMIQUE PAR LÉSION DU FACIAL ; LES AFFECTIONS DE L'OREILLE SONT LES PRINCIPALES.

b) CES PARALYSIES OU PARÉSIES NE LAISSENT LE PLUS SOUVENT QUE DES TRACES PEU MARQUÉES ET QUELQUEFOIS SEULEMENT VISIBLES DANS LA MIMIQUE.

Quant au diagnostic on a vu par ce qui précède qu'il est impossible de confondre la paralysie faciale avec une autre affection de la face.

La seule difficulté est de se prononcer sur son origine, centrale ou périphérique. Mais la monoplégie faciale d'origine cérébrale est une chose rare. Lorsqu'elle existe, elle est, soit précédée d'apoplexie, soit accompagnée d'hémiplégie des membres du même côté, ou tout au moins de parésie du membre supérieur et parfois d'aphasie.

L'exploration électrique due à Duchenne, de Boulogne, est un précieux moyen de diagnostic : la contractilité faradique est toujours conservée dans le cas de paralysie centrale ; elle est au contraire

diminuée vers la fin de la première semaine, puis abolie dans la paralysie périphérique.

Mais nombreuses sont les causes occasionnelles de cette affection; traumatismes, carie du rocher, tumeurs de toute nature, syphilis ont tour à tour été observés et ces cas sont loin d'être rares. Cependant, on ignora longtemps la cause prochaine de la paralysie que l'on qualifiait de rhumatismale ou *a frigore*, certainement la plus fréquente de toutes, lorsque en 1836, puis en 1857, Deleau, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, soutint que la paralysie essentielle du nerf facial est très rare et qu'elle dépendait le plus souvent d'une lésion d'oreille passée inaperçue.

Deleau avait d'ailleurs été devancé ou soutenu dans cette opinion par plusieurs médecins, Vernois (1835); Pressat (1836); Diday, Grisolle (1837) entre autres.

A l'étranger, Wilde partageait cette manière de voir avec peut-être plus de précision encore.

Enfin, Roche va jusqu'à prétendre que toutes les paralysies spontanées de la septième paire n'ont pas d'autre cause. Et avec Bérard, il démontre que l'altération causée par le froid existe jusque dans l'aqueduc de Fallope et détermine une compression du nerf dans ce canal devenu trop étroit. L'altération remonte à une hauteur plus ou moins grande et peut même se propager au delà du ganglion géniculé. Il est alors vraisemblable que l'intensité de la compression varie suivant les cas; elle est probablement en rapport avec la nature de l'exsudation.

Mais depuis, peut-être à cause de l'affirmation un peu exagérée de Roche, il semble que l'étiologie otique de la paralysie faciale devienne lettre morte.

En effet Neumann, en 1887 et en 1888, essaie de démontrer que la paralysie est le fait d'une prédisposition héréditaire. Or, sur les quinze observations personnelles de Neumann, on trouve en les lisant attentivement que huit fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, cet observateur cite expressément des douleurs vives, très vives, lancinantes au niveau de l'apophyse mastoïde et dans l'oreille. Cinq fois sur huit, les douleurs avaient précédé de un à deux jours l'hémiplégie faciale. Malgré cela, dans aucun cas, l'examen de l'oreille n'a été fait, M. Neumann paraissant croire que seule l'otite avec carie du rocher est susceptible de donner naissance à la paralysie faciale (1).

On comprendra facilement que dans cet essai où les stigmates de dégénérescence sont en cause, nous insistions sur ce point, de façon à prévenir toute objection s'appuyant sur la théorie de Neumann.

Depuis, l'origine otique de la paralysie faciale est confirmée par les recherches récentes des otologistes car il est bien vrai que la question a été serrée d'un peu plus près par les spécialistes.

Il y a d'ailleurs longtemps que Politzer a signalé la *parésie* et la paralysie dans le cours des suppurations de l'oreille. Adoptant la théorie de Bérard il les rattache à une inflammation transmise de la

(1) LANNOIS. — Comm. au Congrès de Clermont 1894.

muqueuse de la caisse à la paroi osseuse du canal de Fallope et au névrilème, sans carie aucune du canal osseux. Un simple exsudat dans le névrilème suffit pour donner soit de la parésie soit de la paralysie totale. Et ce sont là, dit Politzer, les formes les plus favorables de parésies faciales car après disparition de l'inflammation du canal ou résorption du liquide sécrété, la paralysie disparaît complètement.



Rapports du Facial dans le Rocher.

Que dans des cas de simples catarrhes sans perforation, il se produise aussi parfois des parésies faciales, c'est ce qu'ont démontré les observations de Wilde, Tröltsch, Tillmans, Urbantschisch, Walb, etc.,

à l'étranger. et les mémoires de Gellé (Congrès de Berlin 1890) et de Lannois (Congrès de Clermont 1894).

On se rendra facilement compte de la pathogénie de ces paralysies si l'on songe que les rapports anatomiques du facial et de la caisse du tympan créent une grave prédisposition aux altérations osseuses et surtout aux lésions de ce nerf dans toutes les suppurations de l'oreille moyenne.

Cette portion du rocher que Gellé nomme « le massif osseux du facial » a été décrite par cet auteur dans les *Annales des Maladies de l'oreille* (1894) d'une façon très détaillée et très précise. Et d'autre part les figures fort bien faites du *Traité d'anatomie* de Testut montrent d'une façon évidente que la deuxième portion de l'aqueduc de Fallope n'est séparée de la caisse sur une longueur de 10 à 12 millimètres que par une lame osseuse mince et transparente.

Cette lame osseuse peut même faire défaut au niveau de la caisse et il y a alors une véritable déhiscence du canal de Fallope : « Le nerf facial n'est plus séparé de la caisse que par l'épaisseur d'une fibro-muqueuse. De pareils faits s'expliquent par un arrêt de développement, car au quatrième mois de la vie embryonnaire, comme l'a démontré Rüdinger, l'aqueduc de Fallope est membraneux (1). »

On comprend facilement que dans de pareilles conditions, une opération portant sur l'oreille moyenne puisse amener une lésion du nerf sans

(1) TESTUT. — *Traité d'anatomie*.

Cf. COLLET. — *Précis de pathologie interne*. Collection Testut.

qu'on puisse pour cela incriminer l'opérateur : les exemples ne manquent pas de paralysies consécutives à l'ablation d'un osselet, ou même d'un simple polype de la caisse.



Déhiscence du canal de Fallope.

Cette pièce que j'ai dessinée sur nature vient de l'autopsie d'une femme épileptique du service de M. le D^r Lannois. Sans vouloir faire remonter l'hémimimie qu'elle présentait de son vivant aux lésions de l'oreille, je me bornerai à constater ceci : il y avait en plus de cette déhiscence un cholestéatome sur la face externe du tympan, perforé dans le segment antéro-supérieur.

Il ne me semble pas nécessaire d'insister davantage sur l'origine otique de la paralysie faciale. Le fait est connu et n'est nié par personne lorsque l'écoulement de l'oreille a précédé l'apparition des

symptômes paralytiques. Je citerai seulement quelques faits que j'ai pu observer tout récemment ; il me serait possible d'en citer un nombre considérable, mais sans plus d'intérêt ni plus de poids pour le lecteur.

OBSERVATION 4 (personnelle)

Consultation gratuite du Dr Lannois.

M^{lle} G... Francine, seize ans, domestique (8 août 1899). Il y a quatre ans la malade qui avait toujours été un peu sourde se plaignit de douleurs vives dans l'oreille gauche et en même temps l'oreille se mit à couler. La malade s'abstint de tout traitement jusqu'à ce jour.

A l'examen on constate dans l'oreille gauche une vaste perforation ; le tympan est complètement détruit sauf sur le rebord inférieur du cadre tympanal. La courte apophyse existe encore , en arrière on distingue une petite masse qui est probablement la longue branche de l'enclume.



On s'aperçoit alors de la paralysie faciale qui est très nette du côté gauche : si l'on fait froncer les sourcils à la malade il manque des plis du côté gauche à la racine du nez ; quand elle plisse le front les rides sont absentes de ce côté. Le pli nasogénien est abaissé à gauche. La bouche est tombante de ce côté

tandis qu'elle est tirée du côté sain. Cette déformation s'exagère lorsque la malade rit : la figure est alors grimaçante et la bouche complètement tordue.

Pas de troubles de la sensibilité.

Pas de déviation de la luette, du voile ou de la langue.

OBSERVATION 2 (personnelle)

Consultation gratuite de M. le Dr LANNOIS

M^{re} B. . . , trente-neuf ans, cuisinière, vient à la consultation gratuite le 28 juin 1898.

A eu mal aux oreilles depuis le mois de février et se plaint de lancées dans la tête et de bourdonnements dans l'oreille.

Depuis cette époque l'oreille gauche a coulé.

Cautérisation des granulations.

Scoliose droite. Paralysie faciale et rétraction du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit.

O G = large perforation avec granulations.

La malade n'a pas été revue depuis et l'observation n'a pu être complétée.

Mais l'étiologie otique de cette paralysie faciale est indiscutable.

OBSERVATION 3

Consultation gratuite de M. le Dr LANNOIS

M^{me} H. . . , vingt-huit ans, est atteinte depuis deux ans d'un écoulement persistant de l'oreille droite; en même temps son audition diminue. Le médecin qu'elle consulta au mois de juillet lui fit quelques cautérisations pour des granulations.

A la fin de juillet elle vient à la consultation gratuite : on trouve dans l'oreille droite une vaste perforation avec des bour-

geons charnus que l'on cautérise après un lavage rendu nécessaire par l'écoulement qui persiste.

OD = nulle; OG = 30^{cm}.

Weber droit. Rinne ++ mais faible à droite.

Le 30 novembre la malade revient : son oreille est pleine de pus que l'on voit se produire aussitôt après le lavage. Depuis quelques jours elle a du gonflement de la mastoïde, mais comme elle ne souffre pas on préfère ne pas intervenir, d'autant plus qu'elle a une lésion au sommet gauche du poumon. On la met donc en observation et l'on continue les lavages.

Le 8 décembre les symptômes s'aggravent : gonflement et douleur à la pression, de temps en temps douleur spontanée et céphalée.

Hémi-mimie. — Pas de paralysie faciale statique ni dans les mouvements passifs; toutefois sa mimique est moins expressive à droite. Les plis naso-géniens sont moins marqués à droite. Ces troubles sont surtout visibles dans le rire et même dans le sourire.

Le 14 décembre, *opération.* — Trépanation de l'apophyse mastoïde, séquestres multiples et de petit volume.

Pas de paralysie faciale après l'opération; léger trismus qui disparaît trois jours après au moment du premier pansement.

OBSERVATION 4 (personnelle)

Consultation gratuite de M. le Dr LANNOIS

M. M... Jean, dix ans, opéré le 21 mars 1899, pour des végétations adénoïdes, vient à la consultation gratuite le 21 novembre 1899.

Il a toujours été dur d'oreille, du côté droit spécialement, mais la mère du petit malade affirme qu'elles n'ont jamais coulé bien qu'il ait eu la rougeole il y a quelques années.

Il y a quinze jours, un jeudi, il reçut deux coups de poing d'un de ses camarades, au niveau de la région *pariétale droite*.

La nuit suivante il eut de violentes douleurs dans la tête et surtout dans l'oreille droite. Celle-ci se met à couler et à saigner quelque peu le samedi lorsque dans la journée du dimanche sa mère s'aperçut qu'il parlait de travers. Depuis l'oreille coule légèrement. La paralysie subsiste : à l'état de repos on note le faciès adénoïdien, toutefois la paralysie est à peine décelée par



la joue droite qui est un peu plus grosse que la gauche, mais dès que l'enfant se met à parler la paralysie devient très évidente. Il parle et rit seulement avec la moitié gauche de la bouche : les lettres *o* et *u* surtout sont difficiles. Le sifflement est impossible : la joue droite se gonfle sans se contracter, il en est de même de la moitié droite des lèvres.

Examen des oreilles : A droite tympan cicatriciel épaissi avec deux cicatrices ; l'une supérieure, irrégulière, paraît toute récente ; l'autre inférieure, linéaire, ressemble à une plaque calcaire.

A gauche tympan nettement cicatriciel épaissi, une bride fibreuse part de l'umbo pour aboutir à une dépression cicatricielle située dans le prolongement du manche qui est très oblique.



Audition de la montre :

OD = 1^m; OG = 1^m.

Weber + à D. Rinne + des deux côtés.



Cette dernière observation semblera peut-être mal choisie comme exemple de paralysie d'origine otique.

J'avoue que le traumatisme y est pour beaucoup, mais je crois qu'il n'est qu'une cause occasionnelle : les deux oreilles étaient sûrement cicatricielles, et la rupture s'est produite dans un lieu de moindre résistance, créant ainsi une porte à l'infection consécutive. Les précédentes rentrent mieux dans le cadre du présent travail. Il en est de même de l'observation de M^{lle} S..., qui aurait ici sa place et que nous citons plus loin à cause des particularités qu'elle présente.

Nous avons vu que les auteurs s'accordaient sur l'étiologie otique de certaines paralysies non précédées d'un écoulement ; en voici un cas que nous empruntons à la communication du D^r Lannois, signalée plus haut.

OBSERVATION 5

Le nommé Z... Jean, dix-neuf ans, entre dans mon service à Saint-Pothin, salle Saint-Jean, n° 2, le 29 mai 1894.

Père mort à l'hôpital de Rive-de-Gier avec les jambes enflées. La mère est vivante et aliénée.

Depuis plusieurs années, à la suite de l'éclat d'un pétard qui avait été placé sur son chapeau, il entendait un peu moins bien de l'oreille droite.

Il y a quatorze à quinze jours il eut un coryza banal, quoique assez intense, et remarqua sa prédominance du côté droit.

Le coryza touchait à sa fin lorsque, il y a neuf jours, il fut pris simultanément de douleurs assez vives dans l'amygdale droite et de douleurs sourdes dans l'oreille du même côté. Les douleurs s'irradiaient du côté de la mastoïde et s'accompagnaient d'une diminution de l'audition.

Le lendemain à 10 heures il s'aperçut de sa paralysie faciale.

La succession des symptômes est donc la suivante : coryza, plus marqué à droite, angine, douleurs auriculaires, hémiplegie faciale droite.

Paralysie périphérique très visible : impossibilité de fermer l'œil droit, de tirer la commissure à droite, de siffler, etc., immobilité complète du masque facial ; absence de rides au front ; la langue ne paraît pas déviée.

L'examen de l'oreille montre un tympan enfoncé avec rougeur vive le long du manche et sur la moitié postérieure du cercle tympanal. La courte apophyse se présente comme un point blanc jaunâtre entouré complètement par une rougeur diffuse assez vive. A travers le segment antérieur de la membrane, la muqueuse du promontoire paraît très congestionnée. Le triangle est séparé en deux moitiés dont la plus brillante est voisine de l'ombilic et il n'atteint pas la périphérie. Le segment postérieur est gris et opaque.

Pour assurer le diagnostic, je fais une paracentèse exploratrice qui confirme l'absence de pus.

Le malade latéralise mal le diapason vertex (ré 3).

Rinne + des deux côtés. Le malade n'entend la montre qu'à 3 centimètres, puis à 5 après le cathétérisme.

Le malade guérit rapidement sous l'influence d'un traitement qui consiste uniquement dans l'installation d'un peu d'huile mentholée dans l'oreille et de quelques cathétérismes de la trompe. Il quitte le service le 24 juin ne se sentant plus gêné du tout et ne présentant plus qu'une légère différence dans le nombre des plis des paupières lorsqu'il ferme fortement les yeux. Il persiste une légère traînée rouge à la partie inférieure du manche et il entend la montre à 40 ou 42 centimètres.

Nous ne citerons que pour mémoire les observations plus récentes de Boeke, Trifiletti, Voss de Riga, Cartaz, Grüber, Cozzolino, de Ponthière, Damieno.

Les lésions inflammatoires de l'oreille moyenne

sans suppuration peuvent donc donner naissance à des paralysies faciales, par propagation au névrilème dans l'aqueduc de Fallope. L'observation précédente le démontre d'une façon suffisante. Pour plus de détails on pourra se reporter à la thèse de Bonthoux (1) qui renferme de nombreuses observations. Mais d'accord avec cet auteur nous nous garderions bien de prétendre que ce soit là une cause unique de paralysie. Celle-ci peut reconnaître beaucoup d'autres causes. Lannois cite en effet un cas d'autopsie de paralysie périphérique où le nerf facial était parfaitement indemne et sans lésion inflammatoire dans le canal de Fallope (2). Minkowsky rapporte également un cas de paralysie faciale *a frigore* avec lésions multiples de névrite périphérique sur les extrémités du facial, le tronc étant resté sain.

Il convient également de rapprocher de ces faits ceux de Duncan qui observa chez deux vieilles femmes atteintes d'herpès dorso-pectoral, une hémiplégie faciale tout à fait transitoire du côté correspondant (3), et celui de Greenoogh rapportant un cas de paralysie faciale dans le cours d'un zona cervical, et qui disparut assez rapidement après l'éruption.

Cette question de la paralysie faciale coexistant avec le zona va d'ailleurs être l'objet d'un travail de M. Achard avec un cas nouveau observé récemment par M. le docteur Lannois.

(1) BONTHOUX. — Thèse Lyon 1894.

(2) LANNOIS. — Tétanos céphalique avec paralysie faciale (*Revue de médecine*, 1888).

(3) Cf. HYBORD. — Cf. PIERRET (Symptômes céphaliques du tabes dorsalis) (Paris-Baillière, 1876).

Nous reconnaissons absolument l'existence de ces sortes de paralysies périphériques essentielles, ainsi que les paralysies réflexes.

Mais il n'en est pas moins certain que les paralysies faciales d'origine otique sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose. Et cela tient sans doute à la difficulté relative que rencontre le médecin dépourvu de l'outillage nécessaire à l'examen de l'oreille.

Il faut bien insister sur ce fait que les lésions du facial dans l'oreille moyenne peuvent donner naissance à des parésies *nettement systématisées*. On peut observer aussi, quoique moins souvent, certains phénomènes bien spéciaux.

Nous voulons parler des *contractions cloniques*.

Politzer rapporte à ce sujet l'observation d'une femme de trente-deux ans, chez qui, trois ans et demi auparavant, se produisirent, en même temps qu'une diminution de l'ouïe de l'oreille droite, des contractions dans les muscles du même côté, qui durèrent quatre mois; puis survint une paralysie faciale qui, augmentant peu à peu, devint complète au bout d'un an. La surdité augmenta de même; de sorte qu'à l'exploration qui montra un tympan atrophique par places, opaque, fortement tiré en dedans, l'audition était descendue à $1/3$ de mètre pour le langage à haute voix. Le diapason appliqué sur les os de la tête était perçu plus fortement par l'oreille affectée. D'après toute vraisemblance, il y avait là une déhiscence du canal de Fallope, de sorte qu'à la suite du resserrement de la muqueuse

de l'oreille moyenne, causé par l'inflammation catarrhale, le nerf facial recouvert par cette muqueuse avait été enveloppé dans le processus de rétraction (1).

Walb rapporte un cas non moins intéressant : Il s'agit d'une fillette de dix ans atteinte d'une inflammation de l'oreille moyenne qui présenta deux jours après des contractions cloniques dans la moitié correspondante de la face. Mais le plus curieux fut que l'année suivante, les mêmes phénomènes reparurent du côté opposé, l'autre oreille s'étant prise à son tour. Il y avait en même temps parésie du facial, si bien qu'à la fermeture des paupières il ne se produisait pas de plis comme du côté opposé. Toutefois malgré une infiltration profonde et une vive inflammation qui avait été jusqu'à donner des hémorragies sur le tympan, il n'y eut pas de perforation de la membrane (2).

J'ai moi-même recueilli à la consultation gratuite du Dr Lannois l'observation à peu près semblable que voici :

OBSERVATION 6 (personnelle)

A. S..., de Vernon (Ardèche), vingt-trois ans, domestique, vient à la consultation gratuite le 9 mai 1899. Onze jours auparavant à la suite d'une *grippe* elle se plaint de douleurs lancinantes dans l'oreille droite après avoir eu céphalée et frissons pendant quarante-huit heures. Écoulement purulent très

(1) POLITZER. — Trad. franc.

(2) WALB. — *Handbuch der Ohrenheilkunde von Schwartze*, 1893.

abondant par l'oreille. Douleurs vives au niveau de l'*apophyse mastoïde* et de la nuque. En même temps, endolorissement de toute la moitié droite de la face et de la tête. Trismus ne lui permettant de prendre que de la soupe et des liquides. Cet état persiste quatre jours.

Avec le traitement, lavages boriqués, huile mentholée, les phénomènes s'amendent et finissent par disparaître : il ne reste qu'un bourdonnement continu ressemblant à de l'eau qui bout. Surdité de l'oreille droite.



Montre OD = 0, OG = 35 centimètres.

Image otoscopique, tympan uniformément rouge ; dans le quadrant postéro-inférieur siège une petite ulcération sur le tympan au niveau du cadre tympanal.

Weber latéralisé à droite. Rinne positif des deux côtés quoique faible à droite.

Quinze jours après le début on est encore frappé par une asymétrie très marquée de la mimique faciale. Elle consiste essentiellement en une contracture accentuée des muscles de la commissure qui tirent la moitié droite des deux lèvres supérieure et inférieure, surtout lorsque la malade rit ; les dents sont découvertes jusqu'à la deuxième molaire droite ; à gauche, les canines seules sont visibles ; en même temps, le sillon nasolabial est beaucoup plus accentué à droite. Pas de déviation de la langue. Pas de points douloureux à la face. Il semble qu'il y ait une très légère hypo-esthésie du côté droit de la face.

Six mois après, le 24 octobre, la malade qui était partie complètement guérie après une série de cathétérismes (elle entendait la montre à 25 centimètres) revient en se plaignant

de ne plus entendre de l'oreille droite. En effet, $OD=0$ avec la montre. On fait le catéthérisme et aussitôt après $OD=6$ centimètres. Après cinq à six séances, l'audition est complètement revenue.



Depuis nous avons eu l'occasion de revoir la malade : au repos, la face n'offre aucune asymétrie, mais une émotion quelconque vient-elle animer sa physionomie, dans la parole, dans le sourire mieux encore que dans le rire, on voit alors le vestige de l'ancienne contracture. Le sillon naso-labial est plus accentué à droite ainsi que la commissure de la lèvre du même côté.

OBSERVATION 7

due à l'obligeance de M. le major MARTIN

E. A..., vingt-deux ans, chaudronnier, 44^e bataillon, artillerie à pied.

Pneumonie à l'âge de douze ans; aurait souffert des oreilles à la même époque. Sujet aux bronchites. Otorrhée double à seize ans, mais plus abondante à gauche où l'écoulement n'a jamais été complètement tari.

Au dire du malade, à dix-sept ans et demi, paralysie faciale gauche.

A la suite des tirs aux écoles à feu de 1899 (canons de 23, 155 et 138, ce dernier en bronze) a eu des bourdonnements et de l'otalgie.

On note à ce moment une *asymétrie faciale fonctionnelle* caractérisée par de l'hémi-contraction gauche.

Montre OD = 12 centimètres; OG = 12 centimètres. Weber latéralisé à droite? Rinne positif des deux côtés.

Image otoscopique : à droite, tympan épaissi avec cicatrice dans le quadrant postéro-supérieur et petit tractus fibreux dans le quadrant postéro-inférieur.

A gauche, cicatrice plus large dans le quadrant postéro-supérieur avec bride transversale. L'umbo est épaissi.

Cathétérisme et huile mentholée. Amélioration rapide et notable des bourdonnements. L'audition n'a pas augmenté.

OBSERVATION 8 (personnelle)

M. R..., dix-sept ans, vient à la consultation gratuite pour une surdité de l'oreille gauche datant de plusieurs mois.

On constate à gauche : un bouchon de cérumen qui une fois enlevé laisse voir un tympan épaissi avec deux plaques

calcaires en avant et en arrière du manche du marteau ; une cicatrice occupe la place du triangle lumineux disparu. On peut donc affirmer qu'il y a eu à ce niveau une perforation.

A droite, un peu de sclérose avec léger enfoncement en avant.

A la montre O D = 10 centimètres ; O G = 4 centimètres.

Le Weber n'est pas latéralisé ; Rinne + + des deux côtés.



Hémi-mimie. — L'examen attentif de la face permet de signaler une asymétrie fonctionnelle caractérisée par une *légère contracture* du pli naso-labial gauche. Interrogé avec soin, le malade raconte qu'il éprouve quelque difficulté pour boire au robinet lorsque l'eau tombe sur le côté gauche des lèvres.

L'émission des voyelles O et U accentue l'asymétrie. Pas d'antécédents nerveux. Pas de troubles de la sensibilité. Bonne dentition.

Après quelques cathétérismes, légère amélioration qui lui fait gagner 3 à 4 centimètres de chaque côté.

Mais de simples parésies faciales légères, perceptibles seulement à l'exploration minutieuse, sont d'après les observations de Wilde, beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a admis jusqu'ici dans les suppurations chroniques simples de l'oreille moyenne.

Si par exemple dans la suppuration unilatérale de l'oreille moyenne on compare les deux moitiés du

visage, on trouvera une diminution de l'action des muscles du côté malade (1).

C'est ce que montrent les observations qui vont suivre, mais à des degrés plus ou moins accentués, suivant que la conductibilité est interrompue seulement dans quelques faisceaux ou dans le tronc tout entier. Dans le premier cas les diverses branches du facial sont inégalement affectées et par suite la paralysie se montre tantôt plus prononcée dans les branches supérieures se rendant au front et aux muscles orbiculaires de l'œil, tantôt dans les branches inférieures qui se distribuent vers le nez et l'angle de la bouche.

Il en est de même dans les cas de contractions cloniques comme ceux que citent Walb et Politzer, seulement la cause est différente et l'excitation due à la compression du facial a remplacé la paralysie.

Nous verrons également une particularité plus curieuse que la systématisation de la paralysie ou de la contraction à certains muscles : c'est la systématisation à la fois de la paralysie et de l'excitation à des muscles différents.

L'observation 34 en est le curieux exemple.

OBSERVATION 9 (personnelle)

Consultation gratuite de M. le Dr LANNOIS.

T... Jean, de Vichy, soixante-quatre ans, est un chemineau qui vient à la consultation le 8 novembre. Depuis 1870 environ

(1) WILDE.

son oreille gauche est malade et laisse couler du pus en abondance.

On voit à l'examen otoscopique une large perforation de l'oreille gauche dont on voit mal les détails car le conduit présente en avant un gonflement dû à l'écoulement du pus dans une oreille qui n'a jamais été soignée.



On note une asymétrie faciale fonctionnelle des plus marquées : aussi bien le malade dit-il avoir parlé un peu de travers il y a une quinzaine d'années.

Il est donc probable qu'il a eu à cette époque une paralysie faciale dont l'origine otique est indiscutable.

Actuellement, au repos il est impossible d'affirmer aucune asymétrie. Mais dans l'expression, étonnée ou attentive, ou dans la parole, troubles visibles.

Rides frontales moins marquées à gauche et parfois même manquant absolument.

Sourcil gauche abaissé.

Rides naso-labiales moins accentuées de ce côté.

Pas de troubles de la sensibilité.

Cette observation rentre dans la catégorie de celles où l'otite est reconnue ; y a-t-il eu paralysie véritable à un moment donné nous ne saurions l'affirmer.

En tout cas il y a eu parésie et même parésie étendue à toute une moitié de la face, dont l'origine

otique est trop évidente pour que nous insistions davantage.

Les cas suivants sont la répétition des mêmes faits quoique à un degré beaucoup moindre.

OBSERVATION 10 (personnelle)

Consultation gratuite de M. le D^r LANNOIS.

M^{lle} W... Marie, de Lyon, douze ans, vient le 26 juillet 1899.

Il y a six ou sept ans l'oreille droite fut le siège d'un écoulement.

Actuellement on voit un polype dont l'insertion est à la partie supérieure du conduit. Nous en faisons aussitôt l'extirpation à l'anse froide. Cela permet de voir une masse mûriforme qu'il est impossible d'enlever ; nous la cautérisons avec l'acide chromique.



A l'examen de la malade on note de l'exophtalmie très prononcée, l'œil gauche présente une tache de la cornée.

Troubles du côté du cœur.

Légère asymétrie faciale : le pli labial est abaissé du côté droit ; quand la malade prononce la lettre O, légère déviation de la bouche à gauche.

OBSERVATION 44 (personnelle)

Consultation gratuite de M. le D^r LANNOIS

M^{lle} Bl... Françoise, dix-huit ans, repasseuse, se plaint d'une otorrhée de l'oreille gauche datant de trois semaines environ.



A l'examen de l'oreille gauche on voit un petit polype prenant son insertion sur la membrane de Schrapnell entre la courte apophyse et le rebord tympanal. *Rien à droite.*

Mimique plus accentuée à gauche surtout dans le sourire mieux que dans le rire.

Ces troubles sont plus manifestes encore dans la parole, mais disparaissent dès qu'un état émotif plus intense se produit.



Il s'agirait donc de contraction clonique comme dans les observations de Walb.

Cependant pour rester dans la vérité, nous devons signaler du strabisme de l'œil gauche, ce qui demanderait peut-être une autre interprétation.

Dans ces observations, l'origine otique était connue ; il y avait otite purulente ou polype qui avaient précédé les troubles de la mimique.

Dans la suivante ce sont les troubles mêmes de la mimique qui ont fait penser à une lésion possible de l'oreille, et de fait, malgré les dénégations de la malade, l'examen otoscopique révéla les traces évidentes d'une suppuration ancienne datant peut-être de la première enfance et qui auraient mis en défaut un observateur qui aurait ajouté foi aux renseignements donnés par la malade.

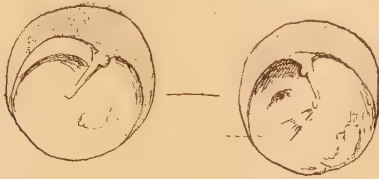
OBSERVATION 12

M^{me} B..., quarante-trois ans, repasseuse, vient accompagner sa fille à la consultation. Comme on s'aperçoit fortuitement qu'elle a de l'asymétrie mimique très nette, on lui demande si elle n'a

jamais eu mal aux oreilles ; elle répond catégoriquement que non



et fait des manières pour se laisser examiner l'oreille. On finit



par obtenir qu'elle se prête à l'examen, et l'on trouve alors sur son tympan de vieilles cicatrices avec plaques calcaires.

Elle avoue alors que quelquefois elle est obligée de faire répéter ce qu'on lui dit.

Bonne dentition.

Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION 13

Communiquée par le M. D^r LANNOIS.

M. V..., vingt-cinq ans ; a toujours été dur d'oreilles surtout de l'oreille droite ; a pu tout de même faire son service militaire.

L'oreille droite ne perçoit plus la montre.

A gauche l'audition qui était de 12 centimètres au début est remontée à 30 centimètres sous l'influence du traitement. A droite, tympan très cicatriciel. A gauche, tympan épaissi et sclérosé.

Asymétrie très nette de la mimique faciale, la parole se fait beaucoup plus à droite et s'accompagne de la formation de plis marqués au niveau du front.

OBSERVATION 14

D^r LANNOIS.

M. S..., cinquante ans, a des vertiges auriculaires extrêmement marqués, avec chute, bourdonnements intenses et nausées. En dehors de ses accès est toujours un peu vertigineux et titube facilement. Les deux oreilles ont coulé à l'âge de quatre ans et l'otorrhée persiste à l'oreille gauche que l'on trouve actuellement pleine de pus au-dessous duquel il y a une cicatrice avec infiltration calcaire semi-lunaire en bas et en avant, et perforation persistante en haut et en arrière. A ce niveau la muqueuse est très granuleuse.

Le malade présente lorsqu'il parle ou lorsqu'il rit une asymétrie faciale des plus nettes.

OBSERVATION 15

D^r LANNOIS.

Abbé F..., 45 ans, écoulement des deux oreilles à quinze ou seize ans, rapidement terminé à droite, ayant toujours persisté à gauche. Ne s'est jamais soigné. L'écoulement reparut à droite il y a un mois.

On trouve à *droite* un tympan cicatriciel, légèrement infiltré de sels calcaires et présentant en bas et en arrière une petite perforation circulaire déprimée.

À *gauche* il y a une grosse granulation au niveau de la membrane de Schrapnell et une muqueuse granuleuse dans le quadrant antéro-inférieur. Le reste du tympan est remplacé par une cicatrice mince.

Asymétrie de la mimique faciale très manifeste : la commissure gauche reste immobile et les lèvres accolées, tandis que la moitié droite de la lèvre supérieure découvre les dents. La face est mobile à droite et immobile à gauche ; s'il sourit, le pli naso-génien se marque seulement à droite ; s'il rit, il se fait une fossette au milieu de la joue.

Rien de spécial dans la fermeture forcée des yeux. Bonne dentition.

Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION 16

D^r LANNOIS.

M^{me} V..., vingt-six ans, a eu il y a quinze ans un écoulement de l'oreille gauche et se sait sourde de cette oreille depuis dix ans. Sifflement continu ou bourdonnement de mouche à gauche. Pas de vertige.

L'OD est bonne, le tympan normal. La gauche présente un tympan très cicatriciel à reflets multiples avec vaste dépression occupant les deux tiers supérieurs du segment postérieur.

Montre : OG = 3 centimètres et à la suite du traitement = 20 centimètres.

Weber + gauche ; Rinne + à droite, — à gauche.

Asymétrie faciale très manifeste. Il semble même qu'à l'état de repos la joue gauche paraisse plus petite. Elle sourit habituellement, ce qui détermine deux fossettes dans la joue droite alors qu'il n'y a rien de semblable à gauche. Quand elle parle, la mimique est beaucoup plus accentuée à droite et notamment elle ouvre bien davantage la commissure labiale.

Pas de troubles de la sensibilité.

OBSERVATION 47

D^r LANNOIS.

M^{re} D..., trente ans, a eu des coryzas dans l'enfance et une pleurésie il y a vingt ans. Elle était sourde de l'oreille droite depuis dix ans, et bien qu'elle croie que ses oreilles n'aient jamais coulé, on trouve une cicatrice adhérente en haut et en arrière avec une dépression profonde au niveau du sinus tympani et une autre un peu en avant de l'extrémité inférieure du manche du marteau. Cette dernière n'est pas adhérente.

Le tympan gauche paraît également cicatriciel, mais d'une façon plus douteuse. Ni bourdonnement, ni vertiges.

Montre OD = 2 centimètres, OG = 50 centimètres.

Pas de Weber. — Rinne + des deux côtés, mais très faible à droite.

Asymétrie faciale très manifeste dans la mimique, marquée aussi bien dans la parole que dans le rire qui se font très certainement beaucoup plus à gauche qu'à droite.

Nous avons suivi dans cette série d'observations un ordre décroissant d'une façon insensible si bien que dans les deux premières il s'agissait de véritables paralysies faciales alors que dans les dernières il n'existe plus que de légers troubles à peine visibles dans la mimique. Chez quelques-uns de ces malades même la différence était si faible qu'elle disparaissait dès que l'influx nerveux parti des centres devenait suffisant (par suite d'une émotion un peu vive, éclat de rire, par exemple), pour vaincre la parésie visible dans le sourire ou dans la parole.

Et dans toutes ces observations l'étiologie otique est indéniable et il n'y a pas lieu d'invoquer en pareil cas comme cause essentielle et primordiale, ainsi que l'ont fait Mobius, Neumann, etc., l'hérédité ou la prédisposition nerveuse.

Cependant il est une objection que l'on ne manquerait pas de faire, si nous ne prenions la peine de la réfuter à l'avance.

Mais, dira-t-on, puisque les otites catarrhales non suppurées provoquent si facilement l'apparition de phénomènes paralytiques ou parétiques, comment se fait-il que la paralysie ne soit pas plus commune dans l'otite moyenne aiguë, et à plus forte raison dans la carie osseuse du rocher ?

C'est que la protection du canal de Fallope est souvent très suffisante et la carie elle-même de ce canal n'entraîne pas nécessairement une paralysie : il y a en effet des résultats d'autopsie qui montrent une grande portion du facial découverte par une déhiscence congénitale ou par carie du canal osseux,

et baignée dans le pus, sans que l'on ait observé pendant la vie de symptômes de paralysie. Grüber en cite un exemple (1). Steinbrügge a vu, dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique, le pus fuser dans le conduit auditif interne sans que le facial parût s'en ressentir.

C'est ici, semble-t-il, que la prédisposition nerveuse pourrait jouer un rôle.

A ce propos je me hâte de dire que dans toutes les observations précédentes les sujets examinés étaient absolument exempts de toute tare nerveuse.

Si nous examinons maintenant les malades atteints d'une affection nerveuse, épileptiques, hystériques, mélancoliques et autres, nous retrouvons des troubles de la mimique identiques à ceux que nous venons de signaler chez des sujets sains.

Personne ne rend plus que moi justice aux efforts si intelligents, aux analyses si fines, au classement à la fois si pratique et si ingénieux dont la science est redevable aux aliénistes ; mais leur sagacité devenue presque excessive n'est pas exempte de dangers : on incline à faire jouer un rôle prépondérant aux dispositions individuelles.

Nous allons passer en revue les observations d'un certain nombre de malades auxquels nous faisons allusion et nous verrons :

Qu'ils présentent souvent en dehors de toute asymétrie profonde avec atrophie (ceux-là nous les éliminons systématiquement) de ces troubles légers,

(1) GRUBER. — *Handbuch der Ohrenheilkunde*.

(2) STEINBRÜGGE. — Congrès de Berlin 1890.

superficiels qui font que le sujet ne parle qu'avec la moitié de la bouche, n'a de mimique que d'un côté de la face, et dont cependant tous les muscles sont susceptibles d'agir sous l'influence de la volonté.

Mais nous verrons aussi que la plupart de ces malades ont eu dans la première ou la seconde enfance des lésions de l'oreille moyenne dont on peut encore trouver la trace.

Nous suivrons encore ici le même ordre que précédemment en commençant par les cas où la lésion d'oreille est évidente et connue du malade lui-même, pour terminer par ceux où la lésion quoique indiscutable est ancienne et passée inaperçue du malade ou de son entourage.

OBSERVATION 18

Perron, service du D^r LANNOIS.

Épilepsie à crises rares. Absences fréquentes. Lésions de l'oreille gauche ayant précédé les crises. Héli-mimie faciale d'origine otique.

Joanny P..., vingt-quatre ans, fut pris au service militaire où, trois semaines après son entrée au 3^e zouaves, il contracta une fièvre (?) et en même temps une otite gauche qui suppura beaucoup. Quelques jours après le début de l'otorrhée il prit sa première crise d'épilepsie. Réformé trois mois après, depuis crises peu fréquentes : il reste deux à trois mois sans en prendre.

Réflexes normaux, pas de troubles de la sensibilité, pas d'asymétrie crânienne.

Hémi-mimie faciale. — On a un peu moins de peine à ouvrir l'œil gauche que le droit, quand il contracte les paupières.



Quand il parle il a un peu de tiraillements dans la moitié gauche de la face. Le pli naso-génien est plus accentué à gauche,



la face paraît plus petite, il parle davantage avec la moitié gauche.

Examen des oreilles. — Le tympan gauche est épaissi et nettement cicatriciel avec cicatrice déprimée en avant du manche. Le tympan droit est également un peu épaissi et paraît aussi cicatriciel.

OD = 10 centimètres ; OG = contact osseux.

Weber + à G. Rinne + + des deux côtés, très faible à gauche.

OBSERVATION 19

Perron, service du Dr LANNOIS.

Épilepsie. Hémi-mimie d'origine otique.

Louise B..., née à Lyon, le 21 novembre 1859, lisseuse.



Ind. céph. 87. Épilepsie vertigineuse. Ancienne chorée.
Hallucinations. Goître kystique.

8 février 1886.— La face paraît paralysée à droite. À gauche, les sillons sont beaucoup plus profonds ? Ce n'est cependant pas le masque de la paralysie, mais plutôt une infirmité fonctionnelle datant de l'enfance. Il ne semble pas que les membres soient plus faibles d'un côté que de l'autre.

Examen otoscopique. — Le tympan droit est d'aspect normal. Le tympan gauche présente de la sclérose généralisée avec manche vertical et triangle lumineux très réduit.

Pas de Weber (la malade répond mal).

Rinne + à gauche ? Elle entend cependant le diapason par la conduction aérienne.

OD = contact osseux. OG = 25 centimètres.

Bourdonnement continu (pétitement, clochette).

OBSERVATION 20

Perron, service du Dr LANNOIS.

Épilepsie. Héli-mimie d'origine otique.

M^{lle} Léonie D..., née à Lyon, le 40 septembre 1876. Salle Riboud.

Crises épileptiques fréquentes, plus nombreuses au moment des règles. Intelligence peu développée, apathie intellectuelle, aspect crétinoïde. Début à l'âge de sept ans, immédiatement après une légère frayeur.

Scrofule de l'enfance, otites et maux de tête fréquents.

Ind. céph. = 8,27.

Pas d'asymétrie crânienne, pas de déformation.

On constate que le sillon naso-labial du côté gauche est un peu effacé et que dans la parole la figure grimace. Déformation de la bouche. Léger ptosis.

Pas de troubles de la sensibilité.

Oùte très diminuée à gauche.

Antitragus peu développé, lobule rudimentaire.

Voûte ogivale, suture palatine saillante.

Ligne d'implantation des sourcils moins arquée et moins élevée à gauche qu'à droite. Effacement du pli naso-génien.

Examen otoscopique. — A gauche : tympan complètement détruit. La caisse est actuellement épidermisée dans sa plus grande partie, mais il persiste en haut et en arrière un point granuleux très rouge. L'enclume a disparu.

A droite : manche vertical très saillant avec triangle lumineux sur le prolongement de la ligne verticale. Dépression très marquée dans le quadrant postéro-supérieur et bride fibreuse d'aspect cicatriciel venant aboutir à l'umbo.

En raison de l'état intellectuel de la malade, il est difficile d'interroger la fonction. On s'assure cependant qu'elle entend la montre à droite, tandis qu'elle ne l'entend pas du tout à gauche. Elle dit n'avoir pas de bourdonnements.

OBSERVATION 21

Consultation du D^r LANNOIS.

Hystérie. Coxalgie ancienne à gauche. Hémi-mimie d'origine otique.

M^{me} F... Clarisse vient depuis longtemps à la consultation des maladies nerveuses. Son observation note de l'hémi-mimie



aux dépens du côté gauche de la face, visible surtout dans le sourire. Elle dit d'ailleurs que son oreille a coulé il y a dix-

huit mois et qu'autrefois elle parlait et riait d'une façon normale.

Examen des oreilles. — Rien à droite. A gauche bouchon de cérumen. Après lavage on voit une cicatrice avec enfoncement dans le quadrant postéro-inférieur, ce qui est en rapport avec son écoulement.



Audition de la montre : OG = 15 centimètres; OD = 6 centimètres.

Weber + des deux côtés, mais plus fort à gauche quand on le place sur les incisives. Rinne ++ des deux côtés.

OBSERVATION 22

Service du D^r LANNOIS.

*Épilepsie ; convulsions dans l'enfance. Hémi-mimie
d'origine otique.*

M^{lle} Marie M..., seize ans, pas d'antécédents nerveux héréditaires. Otite suppurée des deux oreilles, surtout à gauche, il y a six ans. Rapports sexuels précoces depuis l'âge de sept ans jusqu'à neuf ans.

C'est à cette époque qu'apparut la première crise. Pas de troubles de la sensibilité sauf des zones d'hyperesthésie sus et sous-mammaires et ovariennes à droite et à gauche.

Pas d'asymétrie crânienne, mais asymétrie mimique : quand elle parle c'est surtout la moitié gauche de la bouche qui est mobile. Le rire est plus marqué à gauche.

Examen des oreilles : à droite le tympan est complètement détruit, le manche du marteau subsiste, le promontoire est épidermisé.



A gauche : tympan épaissi en arrière du manche ; en avant perforations multiples donnant l'aspect de bulles d'air venant crever sur la surface de gélatine en fusion.

Montre : OD = 35 centimètres ; OG = 85 centimètres.

OBSERVATION 23

Service du Dr LANNOIS.

Ancienne paraplégie spasmodique guérie. Stigmates hystériques. Hèmi-mimie d'origine otique.

Céline D..., vingt-cinq ans, vient depuis longtemps à la consultation gratuite. Son observation porte dans les stigmates de dégénérescence : pas de déformation crânienne mais asymétrie faciale fonctionnelle : elle contracte mieux son côté droit de la bouche quand elle parle.

A l'examen des oreilles nous trouvons à droite un tympan sclérosé avec bride postérieure et deux amincissements cicatriciels, l'un en avant, l'autre dans le prolongement du manche du marteau.



A gauche, tympan épaissi surtout dans le segment postérieur, enfoncement et brides fibreuses en avant du manche dans le quadrant antéro-supérieur.

Montre = au contact à droite et à gauche.

Weber + à gauche. Rinne ++ des deux côtés, parfois quelques bourdonnements.

OBSERVATION 24

Neurasthénie psychique. Hèmi-mimie d'origine otique.

M^{me} V... Léontine, trente-six ans, Sainte-Clotilde, n° 12.
Pas d'antécédents héréditaires.



Est atteinte de neurasthénie psychique avec délire de persécution : elle croit qu'on lui a enlevé ses enfants.

Troubles de la sensibilité : sent bien au contact et à la piqure, ne sent pas cependant les contacts très légers.

Pas de déformation dentaire.

Asymétrie faciale. L'extrémité externe du sourcil gauche est plus abaissé que celle du sourcil droit.



Le côté droit a l'air plus développé que le gauche.

A eu à douze ans un écoulement de l'oreille gauche et de la surdité.

Dans le sourire ou dans la parole, la bouche se contracte mieux à gauche : il en résulte que l'axe de la bouche n'est pas parallèle à celui des sourcils.

OBSERVATION 23

Service de M. le D^r LANNOIS.

Épilepsie. Hémi-mimie d'origine otique.

S.... Eugénie, neuf ans.

Pas d'antécédents nerveux héréditaires sauf la mère qui est un peu nerveuse.

Pas de troubles de la sensibilité.

On note de l'hémi-mimie aux dépens du côté gauche, surtout dans le rire et même dans le sourire. L'émission des lettres O, U, le sifflement se font plus à droite.

G. PAUTET.

Examen des oreilles. — A droite on trouve une dépression sûrement cicatricielle, en avant du manche du marteau. L'umbo



est épaissi, le triangle lumineux est incomplet. Dans le segment



postéro-supérieur épaississement avec deux petites brides fibreuses.

Oreille gauche normale.

Montre : OD = 65 centimètres ; OG = 75 centimètres.

Le Weber est + à droite quand on place le diapason sur les dents.

Rinne + + des deux côtés.

Il s'agit donc de contractions cloniques.

OBSERVATION 26

Sainte-Clotilde. Service du D^r LANNOIS.

Mélancolie. Hèmi-mimie d'origine otique.

M^{lle} B..., dix-neuf ans. Pas d'antécédents héréditaires. Sa mélancolie remonte à deux ans environ à la suite de chagrins.



Hèmi-mimie. — Lorsque la malade est au repos nulle trace d'asymétrie, mais dès qu'elle parle on s'aperçoit que les mou-

vements sont plus accentués à gauche; la bouche s'ouvre davantage et le pli naso-labial est plus marqué à gauche, alors qu'il est à peine visible à droite. Il en est de même dans le sourire. Dans le rire la différence est moins sensible, mais elle existe néanmoins : on peut donc affirmer qu'il ne s'agit pas du *sourire triste* comme on serait tenté de le croire chez cette mélancolique.



Examen otoscopique. — Rien à droite.

A gauche, manche saillant, triangle lumineux incomplet, en avant duquel il y a de l'épaississement; en arrière, partant de l'umbo, on voit une bride cicatricielle avec enfoncement.

Montre : OD = 80 centimètres; OG = 60 centimètres.

OBSERVATION 27

Sainte-Clotilde, service du Dr Lannois.

Mélancolie. Héli-mimie d'origine otique.

M^{lle} Marie G... Hérité nerveuse très chargée.

Pas d'asymétrie osseuse. Le nez est légèrement dévié à droite. Pas de tics, ni de troubles moteurs.

Asymétrie mimique visible dans le rire qui est plus marqué à gauche avec une fossette qui n'existe pas à droite. Ces troubles sont plus distincts dans le sourire. Dans l'émission des voyelles surtout de l'O et de l'U la bouche est tirée davantage à gauche.

Les rides frontales sont également plus accusées à gauche.

Examen des oreilles. — Rien à droite.

A gauche, manche très saillant, reflet lumineux à peine marqué. Bride postérieure partant d'une saillie qui doit être la longue branche de l'enclume et à laquelle elle est adhérente.



Montre : OD = 60 centimètres, OG = 25 centimètres.

Weber + à gauche ; Rinne + des deux côtés, mais plus faible à droite.

Quelques bourdonnements à gauche.

OBSERVATION 28

Perron. Service du Dr LANNOIS.

Épilepsie. Hémi-mimie d'origine otique.

M. S..., Épileptique. L'observation note :

Asymétrie fonctionnelle légère, visible dans la parole, mais pas dans le rire.

Les mouvements sont plus accentués à droite, la commissure gauche s'ouvre moins, les rides frontales sont absentes à droite mais cela tient à des cicatrices sur la région droite du crâne.

Examen otoscopique : tympan cicatriciels des deux côtés avec infiltration calcaire en avant du manche.

OBSERVATION 29

Service du Dr LANNOIS.

Épilepsie. Hémi-mimie d'origine otique.

M^{lle} Séraphine M..., quatorze ans. Père alcoolique. Première crise d'épilepsie il y a un an.

Sensibilité à la piqure un peu diminuée des deux côtés ; zone d'hyperesthésie ovarique, sus et sous-mammaire du côté droit. I = 82,6.

Pas d'asymétrie crânienne, mais asymétrie fonctionnelle aux dépens du côté droit : quand la petite malade parle, dans l'émission des voyelles O et U principalement, la bouche est moins contractée à droite. Cela est encore visible dans le rire, mais quelquefois l'influx nerveux devenant suffisant on n'observe plus de différence.

Examen otoscopique. — A droite le manche du marteau et la courte apophyse sont visibles, le triangle lumineux a disparu,



et l'on voit à la partie inférieure du tympan une dépression cicatricielle avec plaque calcaire.



A gauche : tympan épaissi, sclérosé, pas de triangle lumineux.

Montre : OD = 35 centimètres ; OG = 20 centimètres.

Weber + à gauche ; Rinne ++ des deux côtés.

OBSERVATION 30

Service du D^r LANNOIS.

*Épilepsie, troubles hystériformes, hallucinations visuelles.
Hémi-mimie d'origine otique.*

M^{lle} Hortense D..., trente-cinq ans. Antécédents nerveux très chargés. Première crise à l'âge de onze ans; depuis cette époque deux ou trois crises par mois. Sensibilité générale atténuée, mais pas à la température. Hallucinations visuelles (elle voit des animaux fantastiques); agoraphobie. Hémi-mimie: pas d'asymétrie osseuse ni musculaire, mais elle parle surtout avec la moitié gauche de la bouche ce que l'on met en évidence en lui faisant émettre la voyelle U, et mieux encore en la faisant siffler ou rire.

Examen des oreilles. — A droite manche vertical, reflet lumineux peu marqué, en avant duquel on voit la trace d'une cicatrice. Épaississement généralisé du segment postérieur.



A gauche un peu de sclérose.

Montre: OD = 65 centimètres; OG = 55 centimètres.

Weber + à gauche ? Rinne + + des deux côtés.

OBSERVATION 31

Service du D^r LANNOIS.

Épilepsie. Asymétrie systématique de la mimique.

M^{lle} J. R..., quinze ans. Enfant de la Charité, antécédents inconnus. Première crise à l'âge de huit ans. Depuis, crises fréquentes, deux ou trois par mois.



Pas de troubles de la sensibilité, pas de zones hystérogènes ; implantation des dents assez régulière, mais celles-ci sont un peu crénelées. Pas d'asymétrie osseuse ; bosses frontales très saillantes.

Asymétrie fonctionnelle dans le rire qui est plus marqué à gauche; il en est de même pour la parole, mais la différence n'est plus aussi sensible.

Examen des oreilles. — A droite, tympan cicatriciel, manche très oblique, bride fibreuse postérieure; dans le quadrant antéro-supérieur on note de l'épaississement avec de petits espaces plus clairs et plus enfoncés.



A gauche, épaississement généralisé avec léger enfoncement dans le quadrant antéro-supérieur. Le conduit légèrement tuméfié en arrière ne permet pas de voir le tympan en entier.

Montre : OD = 60 centimètres; OG = 45 centimètres.

Pas de Weber; Rinne ++ des deux côtés.

OBSERVATION 32

Service du D^r LANNOIS.

Épilepsie hystérique. Hémimimie d'origine otique.

M^{lle} Jeanne M..., trente-quatre ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Première crise nerveuse à dix-huit ans. Depuis crises fréquentes surtout nocturnes. Zones hyperesthésiques sus et sous-mammaires, ovariennes et rachidiennes des deux côtés. Force égale des deux bras (12 au dynamomètre).

Asymétrie faciale fonctionnelle aux dépens du côté gauche : les rides frontales sont plus accusées à droite; l'œil droit est plus ouvert, elle parle à droite, la commissure gauche restant fermée.

Examen des oreilles. — Rien à droite si ce n'est un léger degré de sclérose

A gauche tympan cicatriciel avec enfoncement en avant du manche. Le triangle lumineux subsiste en partie atténué par l'épaississement.



Montre : OD = 65 centimètres ; OG = 40 centimètres.

Pas de Weber. Rinne + + des deux côtés.

OBSERVATION 33

Service du D^r LANNÔIS.

Épilepsie. Héli-mimie d'origine otique.

M^{me} Marie V..., quarante-trois ans. Père alcoolique mort d'un érysipèle ; première crise à trente-quatre ans, depuis une crise par mois environ, au moment de ses époques.

Pas de déformation osseuse. I = 88,5.

Pas de troubles de la sensibilité.

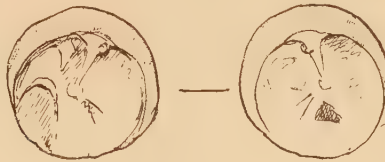
Héli-mimie. — La malade parle surtout avec la moitié gauche de la bouche ; quand elle rit le sillon naso-labial est plus marqué à gauche, la bouche est légèrement tirée de ce côté et il existe en outre à la commissure gauche des lèvres un léger pli qui n'existe pas à droite.

Examen otoscopique. — A droite le manche du marteau et le triangle lumineux sont normaux. On aperçoit l'enclume et en

dessous d'elle une bride cicatricielle en forme de croissant, dont la concavité, inférieure, est épaissie.



A gauche, un peu de sclérose et perforation triangulaire sèche, en dessous du manche.



Montre : O D = 20 centimètres : O G = 12 centimètres.
Weber + à gauche ? Rinne ++ des deux côtés.

OBSERVATION 34

Service du D^r LANNOIS.

Épilepsie. Héli-mimie d'origine otique.

M^{lle} Augustine G... Convulsions dans l'enfance ainsi que ses frères et sœurs. Première crise à quatorze ans, depuis crises nombreuses.



Présente une otorrhée gauche datant de l'enfance ; depuis trois ou quatre mois l'oreille ne coule plus.

Examen otoscopique. — A droite tympan épaissi avec brides cicatricielles en arrière et dépression en avant du manche.

A gauche le tympan a complètement disparu ainsi que les osselets. Le promontoire est cicatrisé.



Montre: O D = 30 centimètres; O G pas d'audition de la montre; elle entend cependant le diapason.

Weber + à gauche. Rinne + + des deux côtés.

Asymétrie de la mimique aux dépens du côté gauche: quand elle parle la commissure labiale gauche reste immobile. Cependant lorsqu'elle rit la fossette est plus accentuée à gauche.

Il s'agirait donc dans cette observation de cette sorte de contracture et de parésie simultanées sur laquelle nous avons attiré l'attention.

OBSERVATION 33

Communiquée par M. le D^r LANNOIS.

Maladie des tics. Hèmi-mimie d'origine otique.

M^{me} P..., trente-deux ans, très nerveuse, présente un degré assez net d'alcoolisme, car elle boit du cognac et du vermouth. Elle est affligée d'un tic laryngé qui s'entend de loin, comme une sorte de petit aboiement contenu et continu, avec quelques secousses des muscles de toute la face plus accentuées cependant du côté gauche. Le tic a chez elle changé de place, car elle dit

que pendant très longtemps elle a eu dans le bras gauche un mouvement qui se reproduit encore de temps à autre et a été remplacé par le tic facial.

Son hérédité est très chargée à ce point de vue : son père et deux de ses oncles étaient également des ticqueurs ; un de ses frères a des tics généralisés et elle dit qu'une de ses filles, âgée de huit à neuf ans, a déjà des mouvements involontaires de même ordre.

Asymétrie faciale très visible lorsqu'elle rit ou lorsqu'elle parle et qu'elle connaît d'ailleurs, car elle dit que lorsqu'elle veut chanter, sa bouche se dévie nettement à gauche en dehors de toute contraction du tic. La commissure labiale reste abaissée à droite, et la bouche, du fait de l'ouverture plus large de la commissure gauche, prend la forme d'un point d'exclamation.

Aucun trouble de la sensibilité.

Cette malade s'est aperçue il y a un an qu'elle était sourde de l'oreille droite. De fait, elle n'entend pas la montre au contact.

Le Weber est latéralisé à gauche.

Le Rinne + des deux côtés, mais très faible à droite.

Elle se plaint un peu de bourdonnement de l'oreille droite.

A l'examen, le tympan droit présente une bride fibreuse en forme de croissant dont la concavité regarde en bas et en arrière et au-dessus d'elle une *dépression cicatricielle* qui occupe tout le quadrant postéro-supérieur et adhère par sa partie profonde à l'enclume. L'umbo est élargi avec un commencement de bride se dirigeant en bas et en avant. Le triangle lumineux est remplacé par deux reflets dont l'un suit la dernière bride signalée et l'autre, horizontal, est situé au-dessous.

Il n'est donc pas douteux qu'il n'y ait eu à un moment donné une perforation de ce tympan.

Le tympan gauche est clair mais très enfoncé, ce qui est en rapport avec une pharyngite chronique que porte la malade. Il y a de ce côté un léger abaissement de l'audition qui disparaît rapidement à la suite de quelques cathétérismes. L'audition pour la montre repassa ainsi de 25 centimètres à 60 centimètres. A gauche l'audition est restée à 0.

OBSERVATION 36

Communiquée par le Dr LANNOIS.

Crises hystéroides. Asymétrie systématique de la mimique.

M. V..., dix-huit ans, est envoyé par son médecin qui craint des accidents méningitiques d'origine otique. Il y a deux ans, il a déjà eu des accidents qui ont été qualifiés de méningitiques. Il se plaint de maux de tête et il a de l'insomnie. Il a eu du délire pendant quatre jours : il se débat par moments, ne reconnaît pas les personnes qui sont autour de lui. Il va mieux au moment où il se présente et rien ne peut autoriser le diagnostic d'abcès cérébral.

Le père est très nerveux, alcoolique. La mère raconte qu'elle a eu des crises hystériques caractérisées.

Du côté des oreilles suppuration double qui date de l'âge de quatre ans à la suite d'une variole.

L'oreille gauche est cicatricielle et l'oreille droite également, mais présente en outre une petite perforation circulaire au niveau du segment inférieur.

Les deux oreilles ne perçoivent la montre qu'appliquée sur le tragus. Pas de Weber. Rinne + des deux côtés.

Malgré le traitement l'état de l'audition est resté sensiblement le même. Pendant ce temps, se sont montrées à plusieurs reprises des crises de quatre à huit jours de durée, avec délire, maux de tête, etc., qui font l'impression d'être hystéroides : elles s'accompagnent de sueurs abondantes, de palpitations, d'angoisse, etc.

Il n'y a rien dans les viscères.

Asymétrie nette de la mimique faciale lorsque le malade rit. On voit alors se faire un gros pli naso-génien et une fossette à gauche. La moitié droite de la face restant immobile. Ceci se montre également lorsqu'il parle, mais beaucoup moins, et n'existe pas au repos.

OBSERVATION 37

D^r LANNOIS.

Mélancolie avec stupeur. Idées de persécution et délire de contrition. Asymétrie faciale consécutive à une otorrhée et à une trépanation de la mastoïde.

M^{lle} G..., dix-neuf ans, a toujours eu l'esprit un peu faible ; elle cause peu, ne fréquente pas les jeunes filles de son âge dans la crainte qu'elles ne se moquent d'elle. Bien qu'elle paraisse peu intelligente et qu'elle ne s'intéresse à rien, elle dessine un peu et joue du piano.

Depuis quatre jours tous ces phénomènes se sont accentués : elle a des idées de persécution, craint de faire de la peine à ses parents, se jette à leurs genoux en leur demandant pardon ; ou bien elle reste assise toute la journée sans vouloir parler, ne veut répondre à aucune question. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, mais il est impossible de savoir si elles sont unilatérales.

Hérédité nerveuse assez chargée du côté maternel, sur laquelle il est difficile d'avoir des explications ; on sait cependant que son aïeul maternel est mort fou à l'Antiquaille et qu'elle a un frère plus jeune dégénéré, qu'on a dû placer dans un asile d'enfants arriérés.

Cet état ayant continué à s'aggraver, on a été obligé de la faire mettre dans une maison de santé.

Elle présente une asymétrie faciale très manifeste toutes les fois qu'elle parle. Celle-ci est même appréciable à l'état de repos, la joue gauche paraissant plus petite que la droite. Cette asymétrie nous paraît nettement consécutive à une otite grippale qu'elle a eue six mois auparavant, qui s'est accompagnée de mastoïdite et pour laquelle nous lui avons pratiqué un évidement de l'antre et des cellules mastoïdiennes.

Il n'y avait pas au début, et il n'y eut à aucun moment de paralysie faciale.

L'oreille est d'ailleurs complètement guérie et malgré une cicatrice en haut et en arrière, entend la montre à 25 centimètres. Toutefois il persiste des bourdonnements.

Dans toutes ces observations, les lésions de l'oreille ont précédé l'apparition soit des troubles paralytiques comme dans l'observation 18, soit de simples parésies (observations 19, 20, 21, 22), soit de contractions cloniques : observations 24, 25, 26, 27.

Et même dans les cas les plus défavorables comme dans les observations 23, 24 et 27, où les troubles mimiques pourraient à juste titre être rattachés à une lésion centrale, surtout chez cette dernière qui présente une véritable dissociation mimique, la relation de cause à effet est assez évidente pour qu'on puisse presque affirmer l'origine otique.

D'autre part ces troubles unilatéraux de la mimique ne sont pas plus fréquents chez les nerveux ou chez les aliénés que chez les personnes exemptes de toute tare nerveuse ou héréditaire.

En effet sur les trente-quatre malades épileptiques du service du Dr Lannois, voici quels sont les résultats obtenus.

L'examen a été fait méthodiquement et séparément par M. le Dr Lannois et par moi de façon à ne laisser de place à aucun doute.

Sur trente-quatre malades nous en avons éliminé vingt-trois dont cinq sans asymétrie ; dix pour déformations crânienne ou musculaire. Une hémiplé-

gique, trois pour mauvaise dentition, quatre pour cicatrices multiples du crâne et de la face.

Il en restait donc onze qui présentaient des troubles unilatéraux de la mimique. Sur ce nombre huit ont eu des lésions indiscutables (voir les observations 22, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34).

Quant aux trois autres, elles présentaient soit de la sclérose soit des lésions douteuses.

Nous pouvons donc, d'après ce qui précède, affirmer que fréquemment, je n'ose dire le plus souvent, l'hémi-mimie peut être rattachée à une lésion de l'oreille moyenne plus ou moins ancienne et qui a pu passer inaperçue du malade ou de son entourage et échapper ainsi aux investigations d'un observateur non prévenu.

J'ai moi-même, dans le début, été mis en défaut, justement dans un de ces cas d'hémispasmes ou de contractions cloniques signalés par Wilde.

On amena un jour à la consultation des maladies nerveuses du D^r Lannois un enfant de dix à douze ans, épileptique, qui présentait de l'asymétrie mimique assez marquée, en faveur du côté gauche. Je pensai aussitôt à une lésion de l'oreille droite ayant amené une légère parésie de ce côté de la face.

J'examinai donc cette oreille et ne trouvant aucune trace de lésion quelconque, j'allais abandonner avec un peu trop de précipitation l'examen de l'autre oreille. « Regardez-la donc tout de même », me dit le D^r Lannois, et cette fois je trouvai une oreille en fort mauvais état : plus de tympan, une muqueuse

tuméfiée, bourgeonnant, avec un léger écoulement.

Bien que de pareils cas compliquent un peu le diagnostic, l'on peut cependant en présence d'hémimimies se permettre de dire quelle est l'oreille où l'on doit trouver la lésion. C'est un jeu auquel nous nous sommes laissé aller fréquemment. Rarement nous nous sommes trompé, et nous avons vérifié nombre de ces diagnostics faits au milieu d'une conversation sur plusieurs de nos camarades.

Cependant nous ne saurions faire trop de restrictions et ce que nous redoutons le plus, ce ne sont pas les objections, nous appréhendons plutôt qu'on ne nous fasse dire, comme cela arrive si souvent en pareille matière, plus que nous ne voulons.

Il y a en effet de nombreuses causes d'erreur contre lesquelles on ne saurait trop se mettre en garde. On a vu que nous avons éliminé l'asymétrie crânienne, ou musculaire, les cicatrices et la mauvaise dentition. Mais il y en a d'autres : c'est un fait bien connu du vulgaire que l'on ne doit pas laisser abandonnées à elles-mêmes les fluxions d'origine dentaire, sous peine de voir se produire un relâchement des tissus : et de fait nombre de gens offrent une asymétrie mimique qui n'a pas d'autre cause.

Il faut joindre à cet ordre de faits celui des parésies réflexes dont nous avons parlé.

Restent encore les tics autres que les tics nerveux, Les fumeurs, par exemple, prennent assez facilement l'habitude de tenir leur pipe avec la moitié gauche

de la bouche, tout en continuant à causer avec l'autre moitié des lèvres : d'où asymétrie acquise.

Il en est de même des écoliers qui prennent la fâcheuse habitude de parler à leur camarade de droite ou de gauche en tordant la bouche de ce côté pour éviter d'être vus de leur surveillant.

Enfin les vrais sourds, ceux qui ont un reste d'audition d'un côté, alors que de l'autre elle est complètement perdue, présentent des troubles mimiques qui ont été signalés.

Et ce serait une grave objection qui pourrait être faite aux observations que j'ai réunies.

Mais dans aucune l'audition de la voix n'a disparu complètement.

J'ai voulu néanmoins me rendre compte des troubles que pouvaient apporter dans la mimique la perte de l'ouïe d'un seul côté chez des animaux.

Ayant pris trois jeunes chiens de dix à douze mois, je fis sur le premier une section du facial, et je rendis sourds les deux autres en introduisant dans le conduit auditif externe un tampon de coton garni de cire à modeler.

Chez le premier j'obtins tous les signes de la paralysie faciale, et notamment l'absence de mouvements de l'oreille.

Chez les deux autres je n'obtins aucun résultat le premier jour, mais une semaine après, l'un d'eux ne remuait plus aussi fréquemment l'oreille gauche rendue sourde ; lorsqu'on l'appelait il dirigeait plus fréquemment l'oreille droite du côté d'où venait le son. Mais je n'obtins pas d'autre résultat et je crois

d'ailleurs que ces troubles même plus accentués n'auraient pas une grande valeur comme objection, car il arrive fréquemment que les chiens ou les chevaux tournent volontairement à leur guise l'oreille droite seule ou la gauche.

Nous devrions nous occuper aussi, au point de vue du diagnostic, surtout chez nos malades atteints d'affections nerveuses, de la possibilité des hémispasmes glosso-labiés hystériques dont nous devons la connaissance aux travaux de Charcot et de ses élèves. On sait aussi que l'hémiplégie faciale hystérique (Ballet, Chantemesse, Boinet, Kœnig, etc.) existe dans un certain nombre de cas. Il suffit cependant d'avoir l'attention éveillée sur ce point pour éviter toute erreur en raison des autres manifestations ou stigmates de la névrose qui existe chez ces malades. De plus, comme le dit M. Babinsky, « dans la paralysie faciale hystérique on observe presque toujours quelque singularité, étrangère à l'histoire clinique de l'hémiplégie faciale organique, qui met le médecin sur la voie du diagnostic » (1).

Plus intéressante à ce point de vue est la discussion soulevée il y a quelques années à la *Société médicale des hôpitaux*, par une communication de M. Ballet sur un cas de paralysie systématique de la face chez une hystérique. La malade dont il était question présentait comme caractères les plus importants que : 1° les mouvements unilatéraux des commissures peuvent être exécutés des deux côtés avec la

(1) BABINSKY. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1892, p. 713.

même facilité ; 2° lorsque la malade parle, tandis que le côté gauche de la face fonctionne normalement, la commissure droite reste immobile.

Il ne s'agissait donc pas dans ce cas d'une paralysie purement fonctionnelle, mais bien, comme le faisait remarquer M. Ballet, d'une paralysie systématisée ne se produisant qu'à l'occasion de certains mouvements. C'est d'ailleurs la distinction sur laquelle nous nous sommes efforcé de fixer l'attention dans tout le cours de ce travail.

M. Babinsky présente à son tour un malade chez lequel la systématisation était précisément l'inverse de la malade de M. Ballet : lorsque le malade parlait et sifflait les deux moitiés de la face fonctionnaient à peu près également, mais il était incapable de faire des mouvements d'élévation de la lèvre supérieure et de la commissure labiale droite. Ce malade était également un hystérique, mais M. Babinsky remarque à plusieurs reprises qu'on ne peut affirmer que les paralysies faciales hystériques sont seules systématiques. Il dit seulement que « lorsqu'il y a un contraste aussi prononcé que dans le cas de M. Ballet et dans le mien, entre les différentes façons dont se comportent les muscles faciaux suivant la nature des mouvements qu'ils ont à exécuter, la nature hystérique de l'affection est très probable ».

Nous ne pouvons laisser passer cette affirmation sans la contester : le contraste est aussi marqué dans la mimique de nos malades chez lesquels nous admettons l'origine otique et par conséquent organique de la dissociation des mouvements de la face.

Sans contester la nature hystérique des accidents chez les malades de MM. Ballet et Babinsky, nous espérons qu'après la lecture de notre travail, on restera convaincu que dans les discussions de ce genre, il faut apporter désormais un élément nouveau de diagnostic : l'examen de l'oreille.

CONCLUSIONS

Il nous est donc permis d'affirmer que la fréquence même des paralysies faciales des parésies simples et des spasmes d'origine otique enlève une grande partie de leur valeur aux troubles unilatéraux de la mimique en tant que signe de dégénérescence ou symptomatique d'une inégalité des hémisphères cérébraux.

En tout cas, lorsqu'on aura à examiner des malades qui présentent ces troubles, il est indispensable de noter chez eux l'état de l'oreille.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
SOULIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ADELON. — Physiologie des passions.
- ALLARD. — Contribution à l'étude des tics chez les aliénés.
Th. Lyon, 1886.
- AUDIBERT. — Étude sur la physionomie. Th. Bordeaux, 1894.
- Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx.
- Archives de neurologie.
- BABINSKY. — Paralyse faciale hystérique. *Société méd. des Hôpitaux*, Paris, 1892.
- BAIN. — Les émotions et la volonté, 1884.
- BALLET. — Paralyse faciale hystérique. *Soc. méd. des Hôp.*, 1892.
- BELL. — The nervous system of the human body, 1836.
- The anatomy and philosophy of expression, 1844.
- BÉRARD. — *Bull. Acad. de médecine*. Rapport sur les expériences de Duchenne, de Boulogne, 1851.
- BONTHOUX. — De l'étiologie otique de la paralysie faciale a frigore. Th. Lyon, 1894.
- BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses, 1883-1899.
- CARRIER. — Des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés. Paris, 1899.
- CHARCOT. — *Mercredi médical*, 1890. *Leçons du mardi*, 1891.
- COLLET. — Précis de Pathologie interne.
- CRUVEILHIER. — Paralyse faciale syphilitique. *Union méd.*, 1850.

- DARWIN. — L'expression des émotions chez l'homme et chez les animaux. Trad. par Pozzi, 1874.
- DELEAU. — Des effets pathologiques de quelques lésions de l'oreille moyenne sur les muscles de l'expression de la face. *Bull. Acad. de méd.*, 1836. La paralysie du facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne, 1857.
- DESPAIGNE. — Étude sur la paralysie faciale périphérique. Paris, 1888.
- DIDAY. — Hémiplegie faciale par carie du rocher. *Gaz. méd. Paris*, 1836.
- DIFFENBACH. — Paralysie faciale traitée par section des muscles opposés. *Gaz. des Hôp. Paris*, 1842.
- DUCHENNE (de Boulogne). — Mécanisme de la physionomie humaine ; analyse électro-physiologique, 1862.
- DUPUIS. — Essai sur les mimiques voulues. Th. Lyon, 1897.
- FÉRÉ. — Note sur la physiologie des émotions. La pathologie des émotions, Paris, 1892.
- Note sur l'exploration des mouvements de quelques muscles de la face. *Soc. de Biologie*, 1890, p. 649.
 - Sur les mouvements des lèvres, id., 1891, p. 617.
 - Épilepsie et épileptiques, Paris, 1890.
- FALRET. — Leçons clin. de méd. mentale. Salpêtrière, 1854.
- GAREL. — L'asymétrie chez les épileptiques. *Lyon médical*, 1878.
- GELLÉ. — Otite et paralysie faciale. Congrès de Berlin, 1890. *Annales des mal. de l'oreille*, 1894.
- GRATIOLET. — De la physionomie et des mouvements de l'expression, 1865.
- GRISOLLE. — Paralysie faciale, compression de la septième paire par tubercule dans l'oreille. *Arch. gén. de méd.* 1837.
- GRÜBER. — Zur casuistik der eitrigen Mittelohrentzündung mit Laehmung des nervus facialis. *Monatschrift für Ohrenheilkunde*.
- GUISLAIN. — Leçons orales sur les phrénopathies, 1880.
- HENLÉ. — Handbuch der System. Anat. des Menschen, 1855.

- HYBORD. — Hémiplégie faciale.
- JANET (P.). — Rire spasmodique ; état mental des hystériques, 1893.
- JOURDIN. — Les troubles de la mimique chez les paralytiques généraux. Th. Lyon, 1895.
- LANDOUZY. — Paralytie de la face par compression de la cinquième et de la septième paire. *Bull. Soc. Anat.*, 1839.
- LANNOIS. — *Lyon Médical*, 1887. — Tétanos céphalique avec paralytie faciale; *Revue de Méd.*, 1888. — Paralytie faciale d'origine otique. Congrès de Clermont, 1894. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1894.
- LASSÈGUE. — De l'épilepsie par malformation du crâne.
- LAVATER. — Essai sur la physionomie, 1781.
- LOMBROSO. — L'homme criminel, 1890.
- LEFORT (Ed.). — Physionomie du criminel d'après les savants et les artistes. Thèse Lyon, 1892.
- LUCKE. — Über Gehoerstoerung bei Facialislaem. *Verh. d. Med.*, Berlin, 1866.
- MAGNAN. — *Lec. Clin.*, 1876-1893. — La paralytie générale, 1894. — Les dégénérés.
- MANTEGAZZA. — La physionomie et l'expression des sentiments, 1894.
- MATHIAS DUVAL et CUYER. — Hist. de l'anat. plastique et Précis d'anatomie artistique, 1892.
- MAUDSLEY. — Physiologie de l'esprit. *Revue Phil.*
- MERKLIN. — Le rire sardonique. Saint-Pétersbourg, 1851.
- MEYER. — Revue des signes de dégénérescence, *American Journ. of insanity*, 1896.
- MINKOWSKY. — *Arch. für Psychiatrie*, 1891.
- MONTAULT. — Hémiplégie faciale. Th. Paris, 1831.
- MOREAU. — La structure des muscles et les caractères des différentes parties de la face de l'homme, 1805.
- MOREL. — Traité des dégénérescences.
- NEUMANN. — Hérité dans la paralytie faciale. *Arch. Neurologie*, 1887-1888.

- NORDAU (Max). — Dégénérescence.
- PARET. — Latéralisme chez les aliénés. Thèse Lyon, 1892.
- PIDERIT. — Mimik und Physionomick, 1867.
- PIERRET. — Leçons cliniques. Lyon, 1887. *Soc. de méd.*, 1887,
Symptômes céphaliques du tabès, 1876.
- POLITZER. — Trad. franç. Maladies de l'oreille.
- PRESSAT. — Carie du rocher, paralysie de la face. *Bull. Soc. anat.*, 1836.
- RAULIN. — Le Rire. Paris, Baillière, 1900.
- RIBOT. — La volonté; les mouvements et leur importance en psychologie, *Rev. phil.*
- ROSENTHAL. — Charakteristick der verschiedenen Arten von
• Gesichtslaehm. *Wien. Med. Presse*, 1868.
- SANTORINI. — Observationes anatomicæ. 1739.
- SCHACK. — La physionomie chez l'homme et les animaux, 1887.
- SCHULTZ. — Electr. Verhalten d. Musk. bei Faciallæhm. *Wien. Woche*, 1860.
- SIKORSKÝ. — *Arch. Neurologie*. — Indices physionomiques de la démence.
- STEINBRUGGE. — Congrès de Berlin, 1890. Un cas de méningite.
- SUPERVILLE (Humbert de). — Des signes inconscients de l'art.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie.
- VERNOIS. — Section du facial dans l'aqueduc de Fallope par
carie du rocher. *Bull. Soc. Anat.*, 1835.
- WALDMAN. — Le christ de buis de Jean Guillermin, Lyon, 1892.
- WALBE. — Handbuch der Ohrenheilk. von Schwartze, 1893.
- WILDE. — Handbuch der Ohrenheilk. von Schwartze, 1892.
- WEBER. — *Boston med. and surg. Journal*, 1878.
-

LYON

IMPRIMERIE A. STORCK & C^{ie}

Rue de la Méditerranée
